

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N° _____

THÈSE 222

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(MENTION MÉDECINE)

PAR

HERSHSON Julien

Né le 29 Mai 1910, à Lodz (Pologne)

Contribution
à l'étude des Tumeurs malignes pédiculées
de l'isthme du gosier, de l'hypopharynx
et du larynx

Président : M. G. ROUSSY, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, RUE CUJAS — PARIS (V^e)

1934

ANNÉE 1934

N^o.....

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(MENTION MÉDECINE)

PAR

HERSHSON Julien

Né le 29 Mai 1910, à Lodz (Pologne)

Contribution
à l'étude des Tumeurs malignes pédiculées
de l'isthme du gosier, de l'hypopharynx
et du larynx

Président : M. G. ROUSSY, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, RUE CUJAS — PARIS (v^e)

1934

I. — PROFESSEURS

Le Doyen G. ROUSSY

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée ..	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GREGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologie	
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	
	MATHIEU.
Professeur sans chaire	HOVELACQUE.
	OLIVIER.
	MULON.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	BENARD HENRI.
Pathologie médicale	BERNARD ETIENNE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BOULIN.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Physiologie	CHAILEY-BERT.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Physiologie	GAYET.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES.
Histologie	GIROUD.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pathologie médicale	HAGUENEAU.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBE HENRI.
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale	LAROCHE GUY.
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neuro-psychiatrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie médicale	MOUQUIN.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIE.
Pathologie chirurgicale	SENEQUE.
Dermatologie et syphiligraphie	SEZARY.
Pathologie expérimentale	TROKSIER.
Pathologie médicale	TURPIN.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Ophtalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.
Clinique obstétricale	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Botanologie	FREY.
Éducation physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PERE, A MA MERE,

Bien faible témoignage de reconnaissance pour la tendre affection qu'ils m'ont toujours témoigné et pour le bonheur que j'ai constamment trouvé auprès d'eux.

A MON FRERE,

MEIS ET AMICIS.

Hommage affectueux.

*A MON PRESIDENT DE THESE,
Doyen de la Faculté de Médecine,
Professeur d'Anatomie Pathologique à la Faculté
de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.*

Monsieur le Professeur Gustave ROUSSY,

*En hommage de l'honneur qu'il m'a fait
en acceptant la présidence de cette
thèse.*

*A Monsieur le Docteur Henri BOURGEOIS,
Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Laënnec,*

*Avec l'expression de ma profonde gra-
titude pour la grande bonté qu'il n'a
jamais cessé de me témoigner et pour
son précieux enseignement.*

*A Monsieur le Docteur Pierre-Charles HUET,
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris,*

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse avec toute notre reconnaissance
pour les conseils qu'il nous a donnés
au cours de ce travail.*

*A Monsieur le Docteur A. FOUQUET,
Assistant du Service d'oto-rhino-laryngologie
de l'Hôpital Laënnec.*

Avec tout notre respect.

INTRODUCTION

C'est à propos d'une observation d'épithélioma pédiculé de l'aryténoïde que le Docteur Huët a bien voulu nous communiquer dans son service de l'Institut du Cancer, que nous nous sommes proposés de rechercher la fréquence de ces formes anatomo-cliniques si intéressantes des cancers ; et nous nous sommes aperçus que les cancers pédiculés n'étaient pas extrêmement rares. Ces tumeurs présentant en outre plusieurs particularités utiles à signaler, nous avons décidé d'en constituer un petit travail d'ensemble ; il n'aura de valeur que grâce à l'extrême obligeance de M. le Docteur Huët, laryngologiste des hôpitaux, qui a bien voulu nous guider dans notre travail et auquel nous tenons à exprimer ici notre plus vive gratitude pour son très précieux concours.

Nous avons éliminé de notre sujet l'étude des tumeurs malignes pédiculées du naso-pharynx, la matière étant encore trop discutée et trop complexe pour pouvoir entrer dans une thèse qui tient essentiellement à être claire.

Nous ne saurions terminer sans remercier notre très honoré Maître, M. le Professeur Gustave Roussy, de nous avoir fait l'honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse.

Nous suivrons dans notre travail le mode d'étude suivi par la majorité des auteurs dans l'étude du cancer d'une région quelconque : étiologie, anatomie pathologique, pronostic, diagnostic et traitement.

Nous ajoutons à cela un court chapitre d'anatomie normale en insistant sur certains détails qui nous paraissent avoir quelque importance pour expliquer la morphologie et l'évolution de ces tumeurs.

L'historique n'y est pas étudié, car il ne fait que se superposer exactement à l'historique du cancer du larynx, si étroitement lié à l'invention du laryngoscope et à la naissance de l'anatomie pathologique, conditions qui ne se sont réalisées qu'à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle.

APERÇU D'ANATOMIE NORMALE

1° ANATOMIE DE L'ISTHME DU GOSIER

L'isthme du gosier présente à étudier :

- une paroi inférieure : la base de la langue,
- une paroi supérieure : le voile du palais,
- une paroi postérieure : celle du pharynx,
- des parois latérales : les amygdales et les parois latérales du pharynx.

1° *La base de la langue*, comme la langue elle-même, se compose de :

- a) Squelette ostéo-fibreux (os hyoïde, membrane hyo-glossienne, septum médian) ;
- b) muscles de la langue ;
- c) muqueuse linguale.

Seule l'étude de la muqueuse linguale présente ici de l'intérêt. Cette muqueuse comprend (Testut) : la muqueuse proprement dite, les glandes, les bourgeons du goût. La muqueuse proprement dite se compose de l'épithélium, pavimenteux stratifié, et du chorion, constitué par du tissu conjonctif entrecroisé, contenant des fibres élastiques ; le chorion

présente avec les muscles des rapports variables : sur la face dorsale de la langue et sur ses bords, il n'y a pas de tissu cellulaire lâche ; la muqueuse s'implante directement sur le muscle. Au contraire, sur la face inférieure de la langue ainsi que sur toute la portion de la muqueuse placée en arrière du V lingual (surtout dans le voisinage de l'épiglotte), il existe un abondant tissu cellulaire lâche.

2° *Le voile du palais* comprend (Testut) :

- a) une lame aponévrotique, aponévrose du voile du palais, qui en constitue pour ainsi dire le squelette ;
- b) des muscles du voile du palais ;
- c) une muqueuse ;
- d) des glandes.

La muqueuse du voile est constituée dans la partie antérieure de sa face supérieure, par un épithélium cylindrique cilié ; dans la partie postérieure de cette face et sur la face inférieure, par un épithélium pavimenteux stratifié.

Au-dessous de la muqueuse s'étale une nappe de tissu conjonctif, le tissu conjonctif sous-muqueux, relativement dense sur la face inférieure du voile, plus lâche sur sa face supérieure, beaucoup plus lâche encore au niveau de la luette.

3° *Le pharynx* se compose de trois couches (Testut) :

- a) tunique externe ou musculaire ;
- b) tunique moyenne, fibreuse ;
- c) tunique interne, muqueuse.

La tunique muqueuse diffère d'aspect suivant les régions où on l'examine :

- a) portion nasale : surface irrégulière, remarquablement épaisse et intimement adhérente à la couche sous-jacente ;
- b) portion buccale : plus mince, plus régulière, doublée sur sa face extérieure d'une couche de tissu cellulaire lâche qui ne l'unit que faiblement aux parties sous-jacentes ;
- c) portion laryngienne : moitié postérieure : analogue à celle de la portion nasale ; moitié antérieure (au niveau du larynx) : plissé et reposant sur un tissu extrêmement lâche (Sappey).

Structure de la muqueuse :

- a) *épithélium* : cylindrique à cils vibratils au niveau du naso-pharynx, pavimenteux au niveau de la paroi postérieure du naso-pharynx et de la partie buccale du pharynx. Les plages de chaque sorte d'épithélium peuvent d'ailleurs être enclavées dans l'autre et les limites sont fort variables (Champy);
- b) *derme* : faisceaux de tissu conjonctif abondant en fibres élastiques, renfermant des follicules clos disséminés ou groupés (amygdale de Luschka).

4° Les *amygdales* comprennent :

- a) une couche épithéliale (épithélium pavimen-

- teux stratifié) s'invaginant en cryptes profondes et anfractueuses ;
b) une couche sous-épithéliale composée de tissu réticulé et de follicules clos.

II. — ANATOMIE DE L'HYPOPHARYNX

L'hypopharynx présente une partie intéressante qui est le sinus piriforme. Les sinus piriformes ou gouttières pharyngo-laryngées, « sont constituées (Huët)³ par la dépression de la muqueuse de l'hypopharynx dans les dièdres symétriques verticaux, et ouverts en arrière, que forme la saillie du tube laryngé dans l'évasement du bouclier thyroïdien ; dépression plus ou moins profonde, plus ou moins haute et large selon les dimensions du squelette laryngé dont elle dépend étroitement. Les lames thyroïdiennes écartées en haut se rapprochent en bas du tube laryngé au niveau des articulations crico-thyroïdiennes où meurt en pointe l'extrémité inférieure du sinus, tandis que son extrémité supérieure large est limitée par le repli pharyngo-épiglottique, et que ses parois latérales sont respectivement formées, en dedans par le repli ary-épiglottique et la saillie ary-cricoïdienne, en dehors par la grande corne thyroïdienne, la membrane thyro-hyoïdienne, la lame cartilagineuse thyroïdienne. Le nerf laryngé

(1) P. C. HUËT : *Des Cancers latents du pharynx (Presse médicale, n° 45, 7 juin 1933).*

supérieur en soulève le fond en un pli plus ou moins marqué, plus ou moins près du relief pharyngo-épiglottique » (Huët).

III. — ANATOMIE DU LARYNX

Le larynx présente (Testut) :

1° Une série de pièces cartilagineuses, le cartilage du larynx, dont l'ensemble constitue la charpente ou squelette de l'organe ;

2° Des articulations et des ligaments, qui unissent entre eux ces différents cartilages ;

3° Des muscles qui les meuvent ;

4° Un revêtement muqueux, la muqueuse laryngienne ;

5° Des formations glandulaires, glandes du larynx (follicules clos et glandes muqueuses) annexées à cette muqueuse.

Nous croyons devoir insister sur deux points : sur la structure des replis aryténo-épiglottiques et des cordes vocales, et sur celle de la muqueuse du larynx.

Les aryténoïdes sont reliés à l'épiglotte par deux ligaments, l'un droit, l'autre gauche, auxquels on donne le nom de ligaments aryténo-épiglottiques. Ce sont des lames fibreuses, larges et minces, situées dans l'épaisseur des replis aryténo-épiglottiques et présentant exactement la même disposition que ces derniers. Un faisceau musculaire (muscle ary-épiglottique), pâle et mince, souvent peu visible, s'étale

à la partie supérieure des replis aryténo-épiglottiques.

Les cordes vocales se composent du ligament thyro-aryténoïdien inférieur (partie superficielle de la corde), fort et épais, et du muscle thyro-aryténoïdien (partie profonde de la corde).

La muqueuse du larynx adhère intimement à la face postérieure de l'épiglotte, à la portion libre des bandes ventriculaires et des cordes vocales ainsi qu'à la face interne des replis aryténo-épiglottiques et dans la région sous-glottique. Sur la face externe des ligaments aryténo-épiglottiques, au contraire, elle est dédoublée d'une couche de tissu cellulaire lâche, qui peut devenir le siège d'une infiltration séreuse (œdème de la glotte). La muqueuse laryngée est faiblement adhérente encore sur la partie supérieure des aryténoïdes, sur les parois des ventricules de Morgagni et sur la face antérieure de l'épiglotte, principalement sur les points où elle se réfléchit en avant pour se continuer avec la muqueuse linguale.

Histologiquement, la muqueuse laryngée se compose : 1° d'une couche épithéliale ; 2° d'un derme ou chorion, auxquels sont annexés un certain nombre de formations glandulaires.

L'épithélium du larynx est du type cylindrique cilié, interrompu en plusieurs points et remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié, les zones que ce dernier occupe s'étendant progressivement depuis le jeune âge à l'âge adulte (Champy). Elles occupent,

chez l'adulte : 1° La face antérieure de l'épiglotte, dans toute son étendue ; 2° La face postérieure de l'épiglotte, dans ses deux tiers supérieurs ; 3° La partie postérieure des replis aryténo-épiglottiques, suivant une bande de 5 à 6 cm. de large ; 4° Enfin, le bord libre des cordes vocales dans une étendue transversale de 2 à 3 mm.

Le chorion est constitué par les éléments du tissu conjonctif, contenant un grand nombre de fibres élastiques dans les parties profondes, et un tissu réticulé analogue au tissu lymphoïde dans ses couches superficielles.

Les glandes annexées à la muqueuse se groupent en masses volumineuses : 1° sur la face postérieure de l'épiglotte ; 2° dans l'épaisseur des replis aryténo-épiglottiques ; 3° dans l'épaisseur des cordes vocales. D'autres glandes sont disséminées un peu partout.

ETIOLOGIE

L'étiologie des tumeurs malignes pédiculées de l'isthme du gosier et du larynx n'est que l'étiologie de tous les cancers de ces régions. On admet généralement que les épithéliomes se rencontrent dans la grande majorité des cas chez l'homme après la quarantaine, tandis que les sarcomes se voient souvent chez les individus plus jeunes; en effet, dans les observations que nous rapportons, sur 11 sarcomes, 7 se sont développés chez des hommes ayant dépassé la quarantaine, et 4 chez les individus plus jeunes : deux femmes, respectivement de 37 et de 32 ans (*obs. II et III*), un homme de 35 ans (*obs. XXIII*) et un garçon (*obs. XIX*). Sur ces 13 cas d'épithéliomes où l'âge du malade était rapporté par les auteurs, 12 se sont développés chez des individus ayant dépassé 50 ans. Nous voyons donc que les tumeurs malignes pédiculées se rencontrent sur le même terrain que les tumeurs malignes en général.

En ce qui concerne les causes prédisposantes, un seul auteur (Worms) signala dans son observation une

spécificité, mais aucun ne signale une leucoplasie, erythroplasia ou une irritation chronique des muqueuses pharyngée ou laryngée.

La présence des tumeurs bénignes a été signalée assez souvent par les auteurs, et ici se pose le problème de la dégénérescence maligne possible de ces tumeurs.

Sur 33 cas que nous avons recueillis, le cas II est une tumeur extrinsèque du larynx, un fibro-sarcome, développé au sein d'un tissu de papillome (Mackenzie) ; dans l'observation VII (carcinome pédiculé du voile du palais), l'auteur pense à un fibro-adénome devenu carcinome ; dans l'observation XIII, rapportée par Morestin, l'auteur se demande si la tumeur n'est pas une tumeur mixte à évolution maligne, d'autant plus qu'il paraît en exister une autre au niveau de la joue du malade ; dans le cas XV, rapporté par Mac Whinnie, il existe près de la commissure antérieure des cordes, un sarcome polymorphe à côté d'un myxome, tous les deux pédiculés ; dans l'observation XVI, celle de Morestin, il existe, sur la corde vocale droite deux tumeurs pédiculées dont l'une s'est révélée un épithéliome pavimenteux. Le cas XVII, rapporté par mon Maître Henri Bourgeois et par A. Delamarre, serait, selon l'opinion de l'histologiste, un lymphadénome en voie de transformation sarcomateuse. Dans l'observation XVIII, celle de Brown Kelly, l'auteur pense à un fibrome pédiculé du pharynx, fibrome devenu sarcome. Dahmann, à propos du cas qu'il rapporte (*obs. XXII*) nie la

possibilité d'une dégénérescence épithéliomateuse d'un fibro-adénome, parce que l'on n'en a pas trouvé d'image au sein du tissu cancéreux. En rapportant leur observation (*cas XXIX*), Sargon et Heitz pensent à un papillome de la base de la langue qui aurait subi une dégénérescence maligne, car la tumeur était souple et ne s'accompagnait pas d'adénopathie.

En somme, sur 33 cas de tumeurs malignes pédiculées, dans 8 cas les auteurs prennent en considération une dégénérescence maligne possible d'une tumeur bénigne. En réalité pourtant le problème est beaucoup plus discuté ; nous ne pouvons que nous rallier à l'opinion de notre Maître, le Professeur Roussy¹ : « La question des rapports des tumeurs bénignes avec le cancer a été admise pendant très longtemps sans discussion ; la majorité des anatomo-pathologistes et la presque totalité des cliniciens affirment qu'une tumeur bénigne est souvent le point de départ d'un cancer. Certains même, comme Ménétrier, vont plus loin et pensent qu'à tout cancer doit répondre un stade antérieur de néoplasie bénigne qui très souvent passe inaperçu. Toutefois la question est moins simple qu'elle ne le paraît au premier abord, en raison même de l'imprécision de la délimitation entre les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes...

Qu'il nous suffise de dire, pour l'instant, que les

(1) ROUSSY : *Le Cancer* (fascicule V du *Nouveau Traité de Médecine*, de ROGER, WIDAL et TEISSIER), Masson éd., 1929, Paris.

faits avérés, indiscutables d'adénome du sein, de papillome de la vessie, d'adénome du foie, de fibromyome de l'utérus sont certainement moins fréquents qu'on a généralement tendance à l'admettre. Rien ne prouve, en effet, que certains de ces états néoplasiques ne représentent pas déjà un cancer à l'état quiescent qui, à un moment donné, prolifère, envahit les tissus et sème des métastases à distance, ou encore que la formation néoplasique bénigne ne soit pas postérieure à un cancer. Il pourrait en être ainsi des adénomes de l'estomac, de l'intestin ou du rectum, développés au voisinage d'un épithélioma ulcéré. Rien, en effet, ne prouve ici que les réactions adénomateuses soient antérieures, et non postérieures à l'évolution du cancer. »

Telle est également l'opinion de certains anatomo-pathologistes étrangers, comme Hansemann, Borst et d'autres.

Bonnet et Bulliard ont récemment étudié la question de la cancérisation des polypes¹. Ils admettent que cette cancérisation est fréquente au niveau de la vessie (comme le pensent d'ailleurs Guyon, Legueu, Marion), et exceptionnelle sur le col utérin (quelques cas ont été publiés par Champy et Coca, par d'Allaines et Surmont, etc.). Ils admettent également la possibilité d'un développement de l'épithélioma près de la base du polype (ils ont observé dans

(1) BONNET et BULLIARD : *La cancérisation des polypes* (*Annales d'anatomie pathologique*, 1930, p. 1.039).

un de leurs cas personnels des formations papillaires près de la base d'implantation du polype) sous l'influence de l'infection ou de l'irritation mécanique: cette opinion se rapproche de celle de Quirin, dont nous rapportons l'observation (*cas XXVI*) d'épithélio-sarcome, et qui, ayant observé, après des coupes sériees, une dégénérescence maligne progressive de l'épithélium, envisage l'hypothèse d'un développement primitif d'un sarcome pédiculé, où, au niveau du pédicule, sous l'influence d'irritation répétée (frottements, tiraillements), il se serait développé secondairement un épithélioma.

En ce qui concerne la dégénérescence maligne des tumeurs mixtes, qui aurait pu avoir lieu dans le cas rapporté par Morestin (*cas XIII*) et dans le cas VI, le cas est pour le moins peu probable, en admettant l'opinion de Roussy : « Pour les auteurs qui acceptent la théorie embryonnaire du cancer, comme Conheim, Letulle, Ménétrier, tout fragment de tissu dérivé de son évolution embryonnaire normale est particulièrement apte à se transformer en cancer. C'est ainsi que les malformations ou hétéropies congénitales doivent prendre rang dans le chapitre des états précancéreux, mais sans prendre, à notre avis, une place prépondérante. Il nous faut, dès maintenant, insister sur le grand nombre de faits incompatibles avec la théorie embryonnaire des cancers en général. Il est, en effet, relativement rare d'assister à la transformation cancéreuse des manifestations congénitales de la face, des membres, des vis-

cères; il est exceptionnel de voir un embryome, un kyste épidermoïde de l'ovaire, se comporter à la manière du cancer. Si l'on a, durant un temps, recherché le point de départ du cancer dans une tumeur d'origine embryonnaire, c'est que l'on a certainement exagéré le nombre de ces derniers et trop prématurément considéré comme telle toute tumeur complexe et apparemment formée de tissus multiples. »

En résumé, en ce qui concerne l'étiologie des tumeurs malignes pédiculées des régions que nous étudions, elle reste la même que celle de tous les cancers qui y siègent : le terrain en reste l'homme ayant dépassé 40 ans ; la transformation maligne d'une tumeur bénigne, d'un polype, ne saurait être admise sans réserves.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous étudierons l'anatomie pathologique des tumeurs malignes pédiculées dans ses localisations suivantes :

- 1° sur la base de la langue ;
- 2° sur le voile du palais ;
- 3° sur les amygdales et le pharynx ;
- 4° sur le larynx.

1° TUMEURS MALIGNES PÉDICULÉES DE LA BASE DE LA LANGUE

Siège. — Les tumeurs siègent sur la partie fixe de la langue, sur l'amygdale linguale ou dans les sillons glosso-épiglottiques (ou vallécules) ou glosso-amygdaliens. Sur 33 observations que nous rapportons, trois (*obs. XVII, XXI et XXIX*) présentent des tumeurs siégeant sur la base de la langue, dont les deux premières siègent dans la fossette glosso-épiglottique, et la troisième (*XXIX*) plus en dehors.

Variétés histologiques. — La grande majorité des

tumeurs malignes de la base de la langue sont constituées par l'épithélioma spino-cellulaire ; il est plus rare de voir un épithélioma baso-cellulaire ou un épithélioma glandulaire, malgré la présence de nombreuses glandes à ce niveau. On observe parfois les sarcomes, qui, selon Ducuing, siègent justement de préférence sur la base de la langue, et revêtent alors volontiers la forme infiltrée ou pédiculée.

Le cas XVII est un sarcome du sillon glosso-épiglottique, le cas XXI est un épithélioma pavimenteux de la même région, et le cas XXIX un épithélioma baso-cellulaire. Mais il y a lieu de signaler quelques particularités : le sarcome du cas XVII est revêtu d'un épithélioma malpighien et il est pourvu d'un axe conjonctivo-vasculaire extrêmement développé, se continuant avec le pédicule du néoplasme ; la présence des éléments lymphoïdes polymorphes a fait poser à l'histologique le diagnostic de lymphadénome dégénéré en sarcome.

Aspect macroscopique. — Cet aspect est très particulier ; il se distingue nettement de trois formes anatomiques habituelles de l'épithélioma de la langue : formes ulcéreuse, végétante et infiltrée. Le sarcome, comme nous l'avons dit, revêt deux types à la base de la langue : forme infiltrée (sessile) ou pédiculée, mais ici encore la base est infiltrée et indurée en profondeur.

Les formes pédiculées que nous rapportons constituent une tumeur bien extériorisée, arrondie, ne contractant aucune adhérence avec les organes voi-

sins, bien qu'elle soit assez volumineuse (œuf de poule, grosse noix); elle est rattachée seulement par un mince pédicule à son point d'origine. Sa surface est rouge ou grisâtre, souvent non culcérée (*cas XXIX*), bosselée et bourgeonnante. La tumeur est de consistance variable, tantôt dure, tantôt molle.

2° TUMEURS MALIGNES PÉDICULÉES DU VOILE DU PALAIS

Siège. — Le seul cas que nous rapportons, celui de Baurowicz (*obs. VII*), est une tumeur siégeant sur le bord libre du voile, du côté gauche de la lnette.

Variétés histologiques. — Laurens admet que l'épithélioma du voile est souvent consécutif à une dégénérescence de la plaque de leucoplasie ou d'un papillome de la lnette, où il reste parfois cantonné. Le sarcome est plus rare et simule une tumeur mixte, bien limitée, développée dans l'épaisseur du voile, recouverte d'une muqueuse intacte.

Le cas VII est un épithéliome glandulaire (ou carcinome), sous forme de bandes de cellules épithéliomateuses entourées du tissu conjonctif, et son auteur pense qu'il s'agit là d'un fibro-adénome, bien toléré pendant 11 ans, qui aurait subi une dégénérescence maligne.

Aspect macroscopique. — Cette tumeur était volumineuse (volume d'un œuf de poule), à pédicule court, à surface lobée et non ulcérée. A la coupe elle

était séparée en plusieurs lobes par des tractus fibreux.

3° TUMEURS MALIGNES PÉDICULEES DU PHARYNX ET DES AMYGDALES

Siège. — Les tumeurs malignes de ces régions se développent en des points très précis (Ducuing) : amygdale, sillon glosso-amygdalien, pilier postérieur et sinus piriforme. Sébileau insiste sur l'importance des connexions des tumeurs du pharynx avec les parois de l'organe, importance capitale au point de vue du traitement. Il classe les tumeurs malignes du pharynx en cancers pédiculés, cancers sessiles et cancers infiltrants. Les deux premiers sont « endo-cavitaires », en général des sarcomes ou des épithéliomes baso-cellulaires, à évolution intrapharyngienne, et ils ne posent pas les mêmes problèmes thérapeutiques que soulèvent les cancers infiltrants ou « pariétaux », qui évoluent d'emblée sous la muqueuse du pharynx et dans les espaces péripharyngés, et qui sont en général des épithéliomes spino-cellulaires.

Dans les observations V, IX, XVIII, XXIII, XIX, XXXI et XXXII, les tumeurs malignes siègent sur l'amygdale. Le cas XXVIII est une tumeur insérée à la jonction du pilier postérieur et du voile ; l'observation XXVI, une tumeur dont le pédicule s'attache entre le pilier antérieur et l'amygdale ; l'observation XII, un sarcome de la gouttière pharyngo-laryngée, et le

cas X, un épithéliome de la paroi latérale du laryngo-pharynx. Le siège d'élection paraît donc être la région amygdalienne, puis le laryngo-pharynx. En ce qui concerne l'amygdale elle-même, le point d'insertion paraît être inconstant : tantôt sur le pôle supérieur (2 cas), tantôt sur l'inférieur (3 cas).

Variétés histologiques. — Classiquement, la grande majorité des tumeurs malignes du pharynx et de l'amygdale sont des épithéliomas à type malpighien, spino-cellulaires, baso-cellulaires ou intermédiaires. Plus rarement il s'agit d'un sarcome du type fibro-sarcome, lympho-sarcome ou lymphocytome, surtout au niveau de l'amygdale.

Sur nos 11 cas de tumeurs malignes pédiculées des amygdales et du pharynx, nous constatons au niveau de l'amygdale 2 sarcomes sur 5 épithéliomas, et au niveau d'autres points du pharynx : un épithéliome, un sarcome, un épithélio-sarcome et une tumeur à cellules naeviques.

Aspect macroscopique. — Les tumeurs malignes du pharynx et de l'amygdale revêtent d'habitude plusieurs formes macroscopiques, en rapport d'ailleurs avec la variété histologique :

a) L'épithélioma présente en général les formes suivantes : 1^o forme infiltrée, souvent latente au début et se manifestant alors uniquement par l'adéno-pathie ; 2^o forme ulcéreuse, à bords irréguliers, indurés ; 3^o forme bourgeonnante (fougosités dures, friables et saignantes) ; 4^o forme térébrante (Lemaître), creusant en profondeur et infiltrant le voisinage.

La forme pédiculée de l'épithélioma, au contraire, constitue une tumeur polyforme, mobile, d'aspect variable :

α) Sur l'amygdale : c'est tantôt une tumeur du volume d'un pois, friable (*cas IX*), tantôt une masse comme une noisette, lisse, recouverte d'une muqueuse d'aspect normal, dure et fibreuse à la coupe (*cas XVIII*), ou bien une tumeur d'aspect papillomateux, de coloration blanc-grisâtre, à pédicule assez large (*cas XXXI*), parfois c'est un polype framboisé, de la grosseur s'un pois, attaché par un pédicule mince et long de 1 centimètre (*cas XXXII*).

β) Sur les parois du pharynx, la tumeur est plus volumineuse, du volume d'une mandarine, à surface lisse et régulière (*cas X*).

b) Le sarcome présente communément deux aspects macroscopiques : sur l'amygdale, c'est tantôt une amygdale volumineuse, rouge violacé, dure, rappelant le phlegmon périamygdalien, évoluant vers l'ulcération (fibro ou lympho-sarcome), tantôt une hypertrophie amygdalienne mollassse, souvent bilatérale, sans ulcération (lymphocytome). Au niveau du pharynx, c'est une masse exubérante, souvent lobulée, friable ou dure, largement implantée, mais on observe parfois dans ces deux régions les sarcomes petits et pédiculés (Ducuing) et Escat a même décrit un type particulier, le fibro-sarcome du sinus piriforme.

Les formes pédiculées des sarcomes que nous rapportons présentent les aspects suivants : sur l'amyg-

dale, c'est une tumeur du volume d'une noisette, présentant un pédicule de 2 à 3 cm. (*cas XXIII*) ; sur les parois du pharynx il s'agit, soit d'une masse végétante du volume d'un gros œuf, en partie ulcérée, attachée par un pédicule gros comme l'index (*cas XIII*), soit d'une tumeur comme un gros marron, arrondie, ulcérée, à pédicule court (*cas XXVI*).

En somme, les tumeurs malignes pédiculées du pharynx et de l'amygdale présentent un aspect macroscopique variable ; elles sont plus volumineuses au niveau du pharynx qu'au niveau de l'amygdale, probablement parce que le malade a été vu plus tard dans le premier cas. Deux particularités à noter : l'absence d'ulcération sur les tumeurs épithéliomateuses (*cas X et XVIII*), et la fréquence relative de ces épithéliomas pédiculés au niveau de l'amygdale. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'autres sarcomes pédiculés de l'amygdale que les cas XIX et XXIII.

4° TUMEURS MALIGNES PÉDICULÉES DU LARYNX

Ces tumeurs constituent la majorité de nos observations (18 sur 33 recueillies). Elles ne paraissent pas très exceptionnelles : Bergeat¹, dans son étude très complète sur les sarcomes du larynx, trouve 4 sarcomes pédiculés sur 85 sarcomes de cet organe.

(1) BERGEAT : *Das Sarkom des Kehlkopfes* (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, Berlin, 1893).

Colledge et Peacock² trouvent un cas d'épithélioma pédiculé du larynx sur 48 cas de tumeurs malignes extrinsèques.

Siège. — La classification des tumeurs malignes du larynx suivant le siège a été l'objet de constants remaniements. Isambert, en 1876, proposa d'en reconnaître quatre variétés :

- 1° Cancer extrinsèque ou laryngo-pharyngien ;
- 2° Cancer polypiforme intralaryngien ;
- 3° Cancer intralaryngien ou squirrheux ;
- 4° Cancer sous-glottique ou trachéal.

Moure distingue (1898, « Leçons sur les maladies du larynx »), le cancer extrinsèque et le cancer intrinsèque. St-Clair Thomson³ propose la division suivante :

- 1° Cancer intrinsèque du larynx ;
- 2° Cancer sous-glottique du larynx ;
- 3° Cancer extrinsèque du larynx.

Ducuing, Molinié, Laurens et d'autres admettent :

- 1° *Le cancer endolaryngé ou intrinsèque*, qui constitue 70 à 80 % des cancers du larynx des classiques ; c'est le vrai cancer du larynx. 80 % de ses cancers se localisent sur les cordes vocales ; plus rarement,

(2) COLLEDGE et PEACOCK : *An analysis of 126 cases of malignant disease of the upper air passages treated during a period of ten years* (The Journal of Laryngology and Otology, 1932, p. 161).

(3) SAINT-CLAIR THOMSON : *Cancer du larynx, importance d'une classification* (Annales des maladies de l'oreille, 1922, p. 129).

ils se localisent aux bandes ventriculaires, dans le ventricule ou à la sous-glotte.

2° Le *cancer exolaryngé ou extrinsèque*, constituant 20 à 30 % des cancers du larynx, il siège sur le pourtour du larynx : sur l'épiglotte, sur les replis aryténo-épiglottiques, sur les aryténoïdes et la région aryténoïdienne, et dans le sinus piriforme (ce dernier est en réalité un cancer du pharynx).

Si nous suivons cette dernière division, devenue classique bien que pas tout à fait exacte, nous constaterons que sur nos 18 tumeurs malignes pédiculées du larynx, 7 sont intrinsèques et 11 extrinsèques.

Pour les tumeurs intrinsèques, il y a des points de prédilection manifestes : en effet, 3 de ces tumeurs siègent sur les cordes vocales (*cas I, III et IV*), et 4 dans la région sous-glottique (*cas XIV, XV, XXIV et XXV*). En ce qui concerne les tumeurs extrinsèques, ici encore il y a des endroits que ces tumeurs semblent préférer à l'exclusion des autres : sur 11 de ces tumeurs, 5 siègent sur les replis aryténo-épiglottiques, 1 sur l'aryténoïde ou à son voisinage immédiat, 1 une seulement sur l'épiglotte et sur la face pharyngienne du larynx, au-dessous de l'aryténoïde.

Variétés histologiques. — Deux variétés sont à envisager : l'épithélioma et le sarcome.

L'épithélioma constitue la majorité (85 à 90 %) des cas ; il prend naissance dans les parties du larynx contenant l'élément épithélial : muqueuse ou glandes. L'épithélioma pavimenteux est le plus fréquent ; il se présente sous trois variétés : spino-cellulaire (lo-

bulé), le plus fréquent, baso-cellulaire (tubulé) et intermédiaire (à tendance spino ou baso-cellulaire). Vient ensuite le carcinome ou épithélioma atypique glandulaire, rare mais particulièrement malin.

La localisation de l'épithéliome est exactement la même que celle mentionnée ci-dessus, c'est-à-dire la plus fréquente sur les cordes vocales.

Molinié rapporte la statistique personnelle suivante : sur 377 tumeurs malignes du larynx, 272 étaient des épithéliomas, dont 202 intrinsèques, 53 extrinsèques et 19 à la fois intrinsèques et extrinsèques.

Le *sarcome* est plus rare (10 % des cas selon les classiques, 11,2 % selon Molinié). Dans la statistique de Molinié, sur 39 cas de sarcome du larynx, 24 étaient intrinsèques, 10 extrinsèques et 5 des cas à siège non spécifié. L'auteur conclut que la localisation extrinsèque est plus fréquente dans le sarcome que dans l'épithélioma.

Le sarcome du larynx peut être : 1° fuso-cellulaire; 2° globo-cellulaire; 3° à myéloplaxes et à cellules géantes. Il se localise avant tout aux cordes vocales, puis à la sous-glote (Schwartz, Hugo, Bergeat, Sendziak).

Le professeur Casadesus rapporte une statistique intéressante (II^e Congrès de la « Societas Oto-Laryngologica Latina »); parmi les tumeurs malignes du larynx qu'il a observées : 96 % sont des épithéliomas, dont :

les spino-cellulaires constituent.....	62 %
les baso-cellulaires	18 %

les intermédiaires	12 %
4 % sont des sarcomes, dont :	
les fuso-cellulaires constituent	2,50 %
les globo-cellulaires	1,50 %

Encore que le larynx soit recouvert pour la plus grande partie d'épithélium cylindrique, la présence des épithéliomes malpighiens s'explique par la métaplasie de la muqueuse due à l'âge et aux inflammations d'origine toxique (tabac, etc.) ou infectieuse (syphilis, etc.), avant la cancérisation ; le professeur Lemaître a souvent insisté sur cet état précancéreux de la muqueuse laryngienne.

En nous reportant aux tumeurs malignes pédiculées du larynx, nous trouvons : sur 18 de ces tumeurs, 9 sarcomes et 9 épithéliomes. Parmi les sarcomes, 6 étaient intrinsèques et 3 extrinsèques ; parmi les épithéliomas, 8 étaient extrinsèques et un intrinsèque. On voit donc que la plupart des épithéliomas pédiculés du larynx sont des tumeurs extrinsèques, tandis que les sarcomes se localisent plutôt à l'intérieur du larynx.

En ce qui concerne la formule histologique, parmi les 9 sarcomes, 5 étaient du type fibro-sarcome (*cas II, IV, XIV, XXV et XXVII*) et 3 des sarcomes polymorphes à cellules rondes et fusiformes (*cas I, III et XV*). Sur 9 épithéliomas, il y a 2 épithéliomas intermédiaires (*cas XII et XXXIII*), 1 baso-cellulaire (*cas XI*) et 1 atypique (carcinome) (*cas XX*), ce qui semble assez particulier. En somme, parmi les tumeurs malignes pédiculées du larynx, les sarcomes

sont plus fréquents que dans les autres formes macroscopiques des tumeurs malignes de cet organe ; les sarcomes, qui ne constituent que 4 % de toutes les tumeurs malignes du larynx, se pédiculisent dans 50 % des cas ; mais nous voyons que les épithéliomes peuvent se pédiculiser aussi et prendre alors le type histologique assez rare d'épithéliome intermédiaire, baso-cellulaire ou atypique.

Aspect macroscopique. — L'épithélioma du larynx a été décrit sous les aspects suivants :

Pour Ducuing¹, il en existe deux formes principales qui sont les mêmes pour le cancer extrinsèque et intrinsèque :

1° Forme ulcéro-végétante :

α) principalement sur les cordes vocales, où l'ulcération domine et l'aspect végétant est peu marqué ;

β) sur les ventricules, où c'est le contraire.

2° Forme infiltrée, évoluant également vers l'ulcération.

Molinié² décrit :

1° Une forme circonscrite : excroissance framboisée et bourgeonnante assez bien limitée, dont la partie adhérente est généralement étendue par rapport à la partie libre ; en se développant, cette forme se confond avec ;

(1) DUCUING : *Précis de cancérologie* (Masson éd., Paris, 1932).

(2) In *Traité pratique d'oto-rhino-laryngologie*, de LANNOIS, LERMOYEZ, MOURE et SÉBILLEAU (G. Doin éd., Paris, 1921).

2° La forme diffuse, qui atteint d'emblée une certaine étendue et s'observe surtout dans le cancer extrinsèque.

Laurens³ distingue :

1° Un type végétant ou tumoral : bourgeonnement mûriforme ;

2° Un type infiltré et térébrant, fréquent : infiltration rouge foncé ;

3° Un type ulcéré.

Les aspects macroscopiques varient d'ailleurs selon la localisation :

— le cancer de l'épiglotte est bourgeonnant, en chou-fleur ;

— le cancer de la corde vocale commence en général par le type végétant ou infiltré.

— le cancer des bandes ventriculaires a été décrit sous deux formes (Coutard et Valat) : sur la face vestibulaire de la bande, c'est une forme végétante, non ulcérée, envahissante ; dans l'épaisseur de la bande, c'est une forme infiltrée, hypertrophique. La première est fréquemment de variété baso-cellulaire ;

— le cancer extrinsèque : en général infiltré, diffus.

Le *sarcome* du larynx n'a pas tout à fait le même aspect. Ducuing décrit : 1° Une forme pédiculée, se présentant comme une tumeur arrondie, pourvue d'un pédicule large et court, de consistance dure, recouverte le plus souvent d'une muqueuse rouge, parfois noirâtre ; 2° la forme diffuse.

(3) *Précis d'oto-rhino-laryngologie* (Masson éd., Paris, 1931).

Grand¹ fait remarquer que les formes pédiculées sont souvent multiples et il décrit la tumeur avec plus de détails : c'est en général une tumeur arrondie, de couleur rouge foncé ou rouge jaunâtre, cette couleur est d'ailleurs variable selon les points (vascularisation), mais elle s'assombrit avec l'âge, en même temps que la surface devient grenue et rugueuse. La consistance en est dure ou molle, la surface lisse ou lobulée; l'évolution se fait vers l'ulcération qui a peu de tendances à devenir végétante, — elle est plutôt destructive. Le pédicule est toujours *large et court*.

Molinie divise également les sarcomes du larynx en circonscrites (pédiculées) et infiltrées (diffuses) ; la première variété est la plus fréquente ; son volume varie de celui d'une lentille à celui d'un œuf de poule, de mandarine.

Les tumeurs malignes pédiculées du larynx dont nous rapportons les observations se présentent sous des aspects macroscopiques très différents. Un petit tableau synoptique permettra de s'en apercevoir plus aisément.

(1) GRAND : *Sarcome du larynx*. (Thèse de Toulouse 1896).

I. — EPITHELIOMAS

Cas	Volume	Couleur	Surface	Consistance	Pédicule
VIII	Noisette	—	—	—	—
XI	Noix	—	Ulcérée, mamelonnée	—	—
XII	Long. 22 mm. Larg. 18 mm.	Rougeâtre	Irrégulière, bosselée et mamelonnée	—	Large de 8 mm. sur 3 mm.
XVI	Noisette	Blanchâtre nacrée	Mamelonnée	—	Large de plus. millim.
XX	Noix	—	Lisse	—	Très étroit
XXII	Noix	Rougeâtre	Lisse	Ferme	Mince, muqueux
XXXIII	Noix	—	Irrégulière, mamelonnée mais non ulcérée	—	—

II. — SARCOMES

Cas	Volume	Couleur	Surface	Consistance	Pédicule
I	Petit pois	Bl. jaunâtre	Irrégulière	—	Assez large
II	Noix	Rougeâtre	—	—	Assez large
III	Cerise	Jaun. foncé	—	—	—
IV	Noix	Rouge	Lisse	—	—
XIV	Œuf de poule	Aspect d'un gros choanal	polype	—	Mince
XXIV	—	—	—	—	Allongé
XXV	—	—	—	—	—
XXVII	Grosse noix	—	Lisse	—	—

On ne saurait donc établir un type macroscopique particulier à ces tumeurs. Nous voyons que les épithéliomas peuvent avoir une surface lisse comme celle des sarcomes, et inversement ; le pédicule est souvent étroit, contrairement aux descriptions classiques ; la couleur n'a rien de pathognomonique non plus. Il est facile de s'apercevoir que les épithéliomas pédiculés peuvent en imposer pour les sarcomes et réciproquement, d'où l'importance de l'examen biopsique, sur laquelle nous insisterons bientôt.

Si on compare les points de prédilection des tumeurs malignes pédiculées de l'isthme du gosier et du larynx avec les données anatomiques de ces régions, on ne saurait nier qu'il y existe des facteurs anatomiques pouvant expliquer en quelque mesure la forme pédiculée de ces tumeurs. C'est d'abord une laxité plus grande du tissu sous-muqueux à ce niveau ; en effet, ce tissu est lâche à la base de la langue, au niveau des replis aryténo-épiglottiques (face externe) et au niveau de la partie laryngienne du pharynx (portion antérieure) ; mais ceci n'a rien d'absolu : il y a des endroits où le tissu sous-muqueux est lâche, mais où nous n'avons pas vu de tumeurs pédiculées (bandes ventriculaires) ; il y a d'autres endroits où les tumeurs pédiculées malignes se développent, mais où le tissu sous-muqueux n'est pas lâche : c'est le cas des amygdales. On pourrait invoquer l'influence de certains facteurs physiologiques comme la déglutition, sur la pédiculisation de certaines tumeurs (Laurens) ; c'est peut-être le cas de tumeurs bénignes, mais cette inter-

prétation s'appliquerait difficilement aux tumeurs malignes.

Le deuxième facteur anatomique de pédiculisation qui pourrait être envisagé est la résistance des plans sous-muqueux ; il en serait ainsi pour certains épithéliomas des cordes vocales qui très souvent prennent l'aspect bourgeonnant et où la base de la tumeur reste relativement bien limitée par la présence du tissu ligamenteux et musculaire ; il en serait de même pour certains épithéliomas pédiculés observés au niveau de la trachée ; mais on ne saurait admettre ce facteur à l'exclusion des autres, en particulier celui de l'abondance du réseau lymphatique : en effet, les cancers pharyngo-laryngés sont d'une extension très rapide, bien que reposant sur un plan cartilagineux des aryénoïdes et des cricoïdes — ; leur extension rapide paraît résulter de la présence d'un réseau lymphatique riche à ce niveau, jointe à la laxité du chorion.

On voit donc qu'il est difficile d'invoquer les facteurs anatomiques seuls, comme causes de pédiculisation. Le phénomène paraît plus complexe, il dépend dans une large mesure des propriétés du tissu cancéreux lui-même : l'abondance du tissu fibreux (*cas XVI*) opposant une barrière aux greffes néoplasiques en profondeur, la tendance propre de l'épithélioma à bourgeonner à l'extérieur sans qu'un facteur anatomique paraisse intervenir (c'est le cas de certains épithéliomas végétants de l'intestin), etc. Nous nous bornerons à constater qu'une tumeur maligne pédiculée est une tumeur où l'accroissement expansif,

concentrique (Roussy) l'emporte sur l'accroissement irrégulier, excentrique, ou, si l'on veut, où le stade d'accroissement concentrique est beaucoup plus long que dans les autres formes anatomo-cliniques du cancer (formes infiltrée ou ulcéreuse).

ETUDE CLINIQUE ET SYMPTOMATOLOGIE

1^o TUMEURS MALIGNES PÉDICULÉES DE LA BASE DE LA LANGUE

Il s'agit en général d'un malade ayant dépassé la quarantaine, qui vient consulter pour les troubles de la déglutition, souvent assez anciens (six mois à un an) ; les malades éprouvent la sensation d'un corps étranger qu'ils comparent à une boule, à un noyau siégeant dans la gorge. Parfois, ils présentent de la dyspnée ou de l'enrouement en rapport avec la pénétration intralaryngée de la tumeur. L'état général est peu atteint ; il n'y a ni douleurs, ni hémorragies.

A l'examen objectif, on voit la tumeur siégeant en général dans la région glosso-épiglottique, tumeur assez volumineuse (noix, œuf de poule, etc.), mais très mobile à cause de son étroit point d'attache. Elle est de couleur variable (rouge, grisâtre), de surface bosselée et bourgeonnante. Par suite de sa grande mobilité, elle tombe parfois dans la cavité intralaryngée (*cas XVII*), d'autres fois, elle repousse la-

téralement l'épiglotte par son volume. La base du pédicule est souvent souple, ce qui est remarquable pour un épithélioma (*cas XXIX*) ; il n'y a souvent pas d'adénopathie (*cas XXI*).

2° TUMEURS MALIGNES PÉDICULÉES DU VOILE DU PALAIS

Ici de même, le malade vient pour la dysphagie d'origine mécanique ; la tumeur est lobée, non ulcérée, appendue au bord libre du voile, refoulant le pilier amygdalien gauche.

3° TUMEURS MALIGNES PÉDICULÉES DU PHARYNX ET DE L'AMYGDALE

Les symptômes varient ici avec la localisation et le volume de la tumeur. Tel épithélioma pédiculé de la partie supérieure de l'amygdale ne donne aucun trouble de la déglutition ni de la voix, bien qu'étant assez volumineuse (*XVIII*). Une autre tumeur donnera des vomissements en rapport avec l'excitation mécanique du pharynx par suite de la longueur exagérée du pédicule néoplasique.

Parfois, enfin, c'est soit une dysphagie légère, soit une sensation de corps étranger dans la gorge, soit une dysphagie quasi absolue avec des quintes de toux et crises de suffocation nécessitant la trachéotomie (*cas des tumeurs volumineuses du laryngo-pharynx*). L'état général est souvent bon ; très souvent (au

moins dans la moitié de nos cas) il n'y a pas d'adénopathie.

L'examen objectif permet de constater la tumeur sur l'amygdale ou dans le bucco ou laryngo-pharynx. Son aspect macroscopique est variable (V. chapitre « Anatomie pathologique »); la mobilité due à sa pédiculisation n'est pas toujours perçue, surtout si la tumeur est volumineuse et siège dans la gouttière pharyngo-laryngée ; elle peut en imposer alors pour une masse bourgeonnante sessile (*cas XIII*). D'autres fois la tumeur est légèrement mobilisable au stylet ; le plus souvent, siégeant à la région amygdalienne, son pédicule est bien visible et la mobilité est évidente. Dans un cas, le pédicule était de longueur considérable et la tumeur pendait au dehors des lèvres (*cas de Mordret*). La région voisine de la tumeur est rarement augmentée de volume (*cas IX*), en général elle a un aspect normal. La surface de la tumeur est parfois irrégulière et la tumeur saigne au contact (*cas IX et XXXII*), plus souvent la surface est lisse et la muqueuse recouvrant le néoplasme est d'une apparence normale, même dans les cas d'épithélioma (*cas XVIII*).

4° TUMEURS MALIGNES PÉDICULÉES DU LARYNX

La symptomatologie est ici beaucoup plus intéressante. Elle est, comme précédemment, conditionnée par la localisation et le volume de la tumeur ; c'est ainsi que les néoplasmes pédiculés intrinsèques dé-

butent par un enrouement ; les malades se plaignent de dysphonie datant depuis plusieurs mois ; parfois il s'y joint la toux et l'expectoration sanglante (*cas III et XXIII*) ; assez souvent les malades expectorent les fragments de la tumeur : tout se passe comme si le pédicule était sectionné par la contraction des cordes vocales, si la tumeur siège dans la sous-glotte ; dans d'autres cas, on peut supposer un arrachement du pédicule par suite d'une quinte de toux (*cas XVI, XXIV et XXV*). Il est à remarquer que ces rejets des fragments néoplasiques se reproduisent souvent à des intervalles réguliers : deux à trois semaines (*cas XXIV et XXV*). Caboche a attiré l'attention sur ce signe si particulier d'expectoration répétée des fragments et il en fait un signe de malignité de ces tumeurs.

Les accès de dyspnée ne sont pas rares dans le cancer intrinsèque et ils nécessitent parfois une trachéotomie (*cas XV*).

Les tumeurs pédiculées extrinsèques du larynx ont une symptomatologie différente : les malades viennent pour des troubles de la déglutition, pour une sensation de corps étranger dans le pharynx, datant souvent depuis longtemps (six mois, trois ans), ou même pour des douleurs irradiant vers l'oreille (*cas XXII*) ; dans quelques cas enfin les troubles dysphagiques accompagnent les signes respiratoires et phonatoires (tumeur de l'aryténoïde, *cas XI*, et du repli ary-épiglottique, *cas XXVII et XXII*).

L'état général est d'habitude intact ; par contre,

l'adénopathie se voit quelquefois (*cas XI et XXII*) ; — elle accompagne en général les épithéliomas de l'aryténôïde et du repli aryténo-épiglottique (où les lymphatiques sont abondants) — il reste en même temps autour du pédicule du néoplasme une infiltration de la région, témoignant d'une réelle malignité de la tumeur ; celle-ci revêt à l'examen macroscopique des aspects que nous avons signalés dans le chapitre d'anatomie pathologique. Nous avons déjà signalé l'existence possible de plusieurs tumeurs sur la même région (*cas XV et XVI*) ; l'étiologie en est encore discutée. Deux caractères sont particuliers aux tumeurs malignes pédiculées du larynx : c'est d'une part leur grande mobilité, et d'autre part la mobilité intacte de l'organe atteint.

1° La tumeur maligne pédiculée est mobile et flottante : elle est particulièrement mobile quand elle siège sur le repli ary-épiglottique (*cas XII, XX et XXVII*), et dans ce cas elle est soulevée pendant l'expiration et la phonation ; quand elle siège dans la région sous-glottique, elle peut passer à travers la glotte (*cas XXIV*).

2° La mobilité de l'hémilarynx atteint est en général intacte, la tumeur siégeant sur la corde vocale ou sur le repli aryténo-épiglottique. Dans un seul cas la mobilité de l'aryténôïde correspondant était diminuée à cause de l'infiltration importante de la région (*cas IX*).

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Le pronostic des tumeurs malignes des régions que nous étudions est essentiellement subordonné aux trois facteurs : 1° la variété histologique de la tumeur ; 2° la localisation ; 3° la précocité et le mode du traitement institué.

1° En ce qui concerne la *variété histologique*, le sarcome a généralement moins de tendance à l'extension locale que l'épithélioma ; l'envahissement ganglionnaire se voit rarement et la thérapeutique locale donne des meilleurs résultats ; mais le sarcome peut se généraliser par la voie sanguine.

On admet généralement que l'épithélioma spino-cellulaire présente une marche plus rapide que l'épithélioma baso-cellulaire ; le carcinome évolue en général avec la plus grande rapidité, d'où pronostic mauvais.

On a souvent considéré la réaction locale à type de sclérose comme une action de défense (nous en avons l'exemple dans le cas XVI où le stroma fibreux semble arrêter, à l'avis de l'histologiste, la marche

envahissante de la tumeur en profondeur). Le phénomène ne saurait être exclusivement attribué à une réaction de défense, car souvent le stroma fibreux paraît résulter de l'activité propre du tissu cancéreux, dont les éléments sont doués de propriétés fibro-élastiques particulières (Roussy).

Il faut enfin noter au point de vue du pronostic : la fréquence des monstruosité cellulaires, la valeur de l'index karyocinétique (de Nabias), le degré de la réaction vasculaire et lymphocytaire, etc.

2° La *localisation* des tumeurs malignes pédiculées de l'isthme du gosier de l'hypopharynx et du larynx a également une grande importance au point de vue pronostic, pronostic conditionné par la structure anatomique de la région atteinte. C'est ainsi que tous les laryngologistes opposent les cancers intrinsèques du larynx aux cancers extrinsèques, les premiers étant à évolution plus lente et d'autre part par excellence chirurgicaux, les deuxièmes à évolution rapide et peu chirurgicaux. La pauvreté du système lymphatique d'une région, la présence de barrières cartilagineuses (endolarynx), expliquent la lenteur du développement d'une tumeur à ce niveau (Ledoux) ; rappelons l'opposition sur laquelle insiste Sébilleau, opposition entre les cancers « pariétaux » et les cancers « cavitaires » du pharynx. Pour les cancers extrinsèques du larynx, la localisation ici encore établit le pronostic : les cancers de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques sont plus favorables à la chirurgie que les cancers du sinus piriforme.

3° *Le traitement* contribue dans une large mesure à établir le pronostic — ici deux facteurs jouent : d'une part, la précocité de ce traitement, institué avant que la propagation lymphatique ou sanguine ait le temps de s'effectuer, d'autre part le mode de ce traitement : exérèse chirurgicale plus ou moins large, ou radiations. L'étendue de l'exérèse prend ici une place particulièrement importante, car, étant donné la pédiculisation de ces tumeurs, on ne songe souvent pas à leur propagation en profondeur, qui malheureusement ne paraît pas être rare.

En ce qui concerne les radiations, l'épithélioma baco-cellulaire est particulièrement radiosensible, l'épithélioma spino-cellulaire et l'épithélioma atypique le sont généralement moins. Quant aux sarcomes, les lympho-sarcomes sont particulièrement fragiles aux radiations, à l'opposé des fibro-sarcomes, mais on ne saurait être exclusif (Roussy), la radiothérapie semblant gagner chaque jour du terrain.

Voyons maintenant comment se présente le pronostic dans nos observations en tenant compte des trois facteurs de tout à l'heure :

En ce qui concerne les tumeurs malignes pédiculées *de la base de la langue et du voile*, les observations ne disent rien du sort ultérieur des malades.

Dans les cas des tumeurs du *pharynx* et de l'*amygdale*, l'évolution ultérieure de la maladie a été la suivante :

Observation	Localisation et variété histologique	Traitement	Evolution
IX	Endothéliome de l'amygdale	Ablation au serre-nœud et morcellement du point d'implantation du pédicule.	Six mois après, œdème douloureux du membre inférieur; tumeur du crâne; adénopathie cancéreuse inguinale et sous-maxillaire, puis axillaire.
X	Epithélioma du laryngo-pharynx	Laryngectomie et pharyngectomie	Cinq semaines après, adénopathie cervicale et sus-claviculaire. Mort 2 mois après.
XIX	Sarcome de l'amygdale	Ablation simple	Récidive locale, gonflement de l'amygdale et adénopathie cervicale.
XXXI	Epithélioma de l'amygdale	Ablation au serre-nœud et morcellement du point d'attache du pédicule.	Trois mois après, métastase ganglionnaire; radiothérapie profonde; rémission et mort 3 mois après par récidive locale.
XXXII	Epithélioma de l'amygdale	Ablation du pôle supérieur. Collier de radium.	Pas de récidive au bout de 8 mois.

Dans les cas ci-dessus énumérés, on voit donc que le pronostic n'est nullement bénin, bien que la tumeur soit pédiculée ; sur l'amygdale la guérison est plus facile à obtenir que dans le laryngo-pharynx où même les interventions très mutilantes (laryngectomie, pharyngectomie) n'empêchent pas les métastases de se produire. Une large exérèse locale suivie d'application de radium peut plus souvent amener une guérison, tout au moins temporaire.

Voyons maintenant ce que deviennent les tumeurs malignes pédiculées au niveau du *larynx* :

I. — CANCERS INTRINSEQUES

Observat.	Localisation et variété histologique	Traitement institué	Evolution
I	Sarcome à cellules rondes et fusiformes de la corde vocale (depuis 1 mois 1/2).	Ablation par voie endolaryngée suivie de cautérisation au nitrate d'argent.	Guérison
III	Sarcome à cellules rondes et fusiformes de la corde vocale (depuis 1 an).	Ablation par thyrotomie	Pas de récurrence au bout de 8 mois et 1/2
XIV	Fibro - sarcome de l'angle commissural des cordes.	Ablation par voie externe	Récurrence 4 mois après
XV	Sarcome de la région commissurale antérieure des cordes	Ablation par thyrotomie	Guérison depuis 1 an et 1/2

Observat.	Variété histologique et localisation	Traitement institué	Evolution
XVI	Epithéliome de la corde vocale (depuis 4 mois) ; stroma fibreux abondant.	Ablation par laryngo-fissure	Guérison depuis 4 ans
XXV	Fibro-sarcome de la sous - glotte avec cellules géantes.	Traitement spécifique. Expulsion spontanée à répétition des fragments néoplasiques 1 1/2 mois après. Laryngo-fissure avec large résection du point d'attache de la tumeur, suivie de la diathermo - coagulation.	Récidive locale 2 mois après. Nouvelle extirpation par laryngostomie, suivie de radiothérapie profonde. Nouvelle récurrence. Ca-

II. — CANCERS EXTRINSEQUES

Observat.	Variété histologique et localisation	Traitement institué	Evolution
II	Fibro sarcome du laryngo-pharynx (depuis 3 ans 1/2).	Ablation par voie endolaryngée	Résultats éloignés parfaits
IV	Fibro sarcome de la zone interaryténoidienne.	Ablation par voie endolaryngée suivie de galvano-cautérisation.	Récidive locale sous forme de tumeur également pédiculée au bout 10 mois. Adénopathie 11 mois après.
XI	Epithélioma basocellulaire de l'arylénœide.	Hémilaryngectomie	Mort post-opératoire
XII	Epithélioma du repli aryéno - épiglottique.	Ablation à l'anse galvanocautique	Guérison depuis 8 mois

Observat.	Variété histologique et localisation	Traitement institué	Evolution
XX	Epithélioma atypique du repli ary-épiglottique (depuis 3 semaines).	Ablation après thyroïdectomie	Récidive locale au bout de 8 mois avec adénopathie sous sterno mastoïdienne.
XXX	Epithélioma spinocellulaire du repli ary-épiglott.	Ablation par pharyngotomie latérale	Métastase thoracique 2 ans plus tard
XXXIII	Epithélioma intermédiaire à tendance baso-cellulaire de l'aryténoïde.	Ablation par les voies naturelles, suivie de diathermo-coagulation et de radiothérapie.	Récidive locale au bout de 6 mois ; nouvelle application de radium. Guérison depuis 7 mois 1/2.

Ce qui semble se dégager de ce tableau, c'est que les tumeurs malignes pédiculées du larynx se comportent comme toutes les tumeurs malignes de cet organe. Les tumeurs intrinsèques sont plus facilement curables que les tumeurs extrinsèques, où les résultats du traitement chirurgical sont le plus souvent médiocres (5 récidives sur 7 cas); par contre, les néoplasmes intrinsèques guérissent plus facilement (2 récidives sur 6 cas), surtout après l'ablation par thupotomie; l'ablation par voies naturelles paraît inefficace.

En résumé, le pronostic varie surtout avec le siège et le développement de la base d'implantation: voilà le point important; c'est la base qui doit être enlevée ou détruite en totalité, car c'est elle qui constitue la véritable partie maligne de la tumeur. Toutefois, le pronostic est ici meilleur que celui d'une forme ulcéreuse ou infiltrée par exemple, car du fait de leur développement endocavitaire les tumeurs pédiculées sont vues et diagnostiquées plus précocement.

DIAGNOSTIC

Nous ne saurions trop insister dans ce chapitre sur la valeur de la biopsie qui doit rester la base du diagnostic et du traitement ; il découle en effet des observations que nous avons analysées que l'on ne saurait se fier à l'aspect macroscopique d'une tumeur pédiculée ; il en est qui trop souvent prennent l'aspect de tumeurs bénignes, et sur nos 33 cas, dans 5 au moins le diagnostic de tumeur bénigne, de tuberculose ou de syphilis avait été posé.

Diagnostic positif. — Il est presque toujours facile : à l'examen objectif, la mobilité de la tumeur est quasi constante et elle suggère immédiatement l'idée d'un point d'insertion étroit. D'autre part son évolution rapide, sa surface végétante bosselée, saignante ou ulcérée, point à l'adénopathie, feront soupçonner sa nature maligne.

Diagnostic différentiel. — Il est autrement difficile ; nous l'étudierons successivement au niveau des différentes régions :

1° *Au niveau de la base de la langue.* — Selon Bourgeois¹, le diagnostic se pose avec :

— le fibrome pédiculé de la base de la langue, forme fréquente du fibrome de la langue : il est régulier, non saignant, à évolution très lente ;

— la glossite syphilitique : plus aplatie, en plaques ; il existe des sillons et des plis de la muqueuse ; les altérations sont irrégulières ;

— le granulome téléangiectasique (Cunéo et Delamarre, 1907) : petite tumeur mamelonnée, lie de vin, saignant facilement, reposant par un pédicule court et grêle sur une plaque indurée de 15-25 mm. de diamètre.

2° *Au niveau du voile du palais.* — La diagnostic se pose avec les papillomes qui sont fréquemment pédiculés ; selon Laurens, l'épithélioma se développe parfois sur un papillome ; plus rarement il s'agit de polypes pileux dermoïdes, surtout chez l'enfant.

3° *Au niveau de l'amygdale palatine et du pharynx.* — Ici encore le diagnostic se pose avec les tumeurs bénignes. Il est fréquent de voir les tumeurs bénignes se pédiculiser à ce niveau, en raison des mouvements incessants de déglutition. Il faut savoir que toutes les tumeurs peuvent de pédiculiser, néanmoins les vrais polypes de l'*amygdale* sont (Baranger)² :

(1) BOURGEOIS, Thèse, Paris, 1927 : *Etude des tumeurs rares de la langue.*

(2) BARANGER : *Essai d'exposé synthétique des notions actuelles sur les tumeurs des amygdales palatines* (Thèse de Paris, 1925).

- soit des polypes fibreux ou fibro-angiomateux ;
- soit des polypes lympho-angiomateux ;
- soit des *molluscum pendulum*.

a) Il s'agit d'un polype assez gros avec pédicule long (pédicule fibreux ou fibro-angiomateux) : on l'a observé généralement chez un homme jeune ; la tumeur est grosse comme une petite noix, d'aspect lisse et humide, de couleur gris rose, de consistance parfois ligneuse, parfois plus molle ; le pédicule qui s'implante sur la face interne de l'amygdale a de 2 à 6 cm. de long et l'épaisseur d'un fil de fouet.

b) Il s'agit d'un polype petit (polype lympho-angiomateux) : le sujet est un homme ou une femme d'âge quelconque, ayant eu souvent à se plaindre d'angines antérieures. La tumeur a la grosseur d'un pois, un aspect finement mamelonné, la couleur gris rougeâtre de l'amygdale, une consistance molle et médullaire ; le pédicule a 1 cm. 1/2 environ. Il faut différencier ce polype avec des *fongosités* ou bourgeons charnus, pouvant émerger d'une crypte amygdalienne après une amygdalite suppurée.

c) Le *molluscum pendulum* est une petite tumeur allongée, rose, mollassée, « aspect de lnette », appendue à l'amygdale, souvent chez des gens présentant d'autres *molluscum*s à la surface du corps.

d) D'autres tumeurs pédiculées, plus rares, sont des polype dermoïdes et des lipomes.

Sur les parois du *pharynx* les tumeurs bénignes pédiculées sont tantôt de simples fibromes, tantôt des lipomes, coexistant alors avec des productions lipo-

mateuses profondes du cou. Lannelongue et Decloux ont attiré l'attention sur certains polypes dermoïdes de l'enfant, dont l'origine branchiale est indiscutable (Laurens), et dont le pédicule est mince; ces polypes sont souvent pileux. Ils siègent souvent sur les piliers (Reuter).

4° *Au niveau du larynx.* — Le diagnostic des tumeurs malignes pédiculées se pose avant tout avec :

a) Les polypes pédiculés de cet organe; ceux-ci siègent dans l'immense majorité des cas sur les cordes vocales, en général sur leur bord libre; ils sont rouges, à surface lisse ou au contraire bourgeonnante; ce sont donc les polypes qui seront confondus le plus souvent avec les tumeurs pédiculées malignes, d'autant plus que la corde vocale correspondante apparaît dans ce dernier cas absolument normale; d'où l'utilité de la biopsie et de l'examen biologique.

b) Le papillome blanchâtre corné unique chez un homme de la cinquantaine, est très difficile à distinguer d'une tumeur maligne; il se transforme d'ailleurs souvent en cancer.

c) Plus rarement, le diagnostic se pose avec un granulome, tumeur d'origine inflammatoire, dont l'aspect macroscopique rappelle souvent absolument un sarcome¹ pédiculé.

(1) BOURGEOIS : *Volumineux granulome du larynx, Thyrotomie* (Société de laryngologie des hôpitaux de Paris, séance du 17 juin 1929).

d) Parfois, enfin, c'est un polype tuberculeux¹ dont Rebattu, Mayoux et Mounier-Kuhn ont publié récemment des cas, et qui peut ou non s'accompagner d'une lésion pulmonaire.

Il semble donc bien que seule la notion de l'examen macroscopique régulier de toutes les tumeurs pédiculées du pharynx et du larynx puisse avoir une importance vraiment capitale, surtout chez un individu ayant dépassé la quarantaine ; notre Maître le Professeur Roussy a bien souligné cette importance de la biopsie : elle est « à l'heure actuelle, au-dessus de toute discussion, car dans bien des cas elle est seule à pouvoir apporter une certitude. Elle s'impose chaque fois qu'elle est possible. Facilement acceptée de la part des malades, si l'on sait en faire comprendre l'importance, elle ne comporte aucune indication ». « Le prélèvement doit être fait dans les portions les plus actives de la tumeur, en dehors des zones nécrotiques, au niveau des zones d'accroissement, comprenant si possible une portion de tissu sain. » « On a incriminé les dangers des biopsies ; dangers bien hypothétiques à notre avis et dont l'éventualité ne repose sur aucun fait probant. » Dans le cas particulier des tumeurs malignes pédiculées, la biopsie constituera à la fois un acte de valeur diagnostique et le premier acte du traitement, acte palliatif, en supprimant les troubles fonctionnels.

(1) REBATTU, MAYOUX et MOUNIER-KUHN : *Société de Laryngologie de Lyon* (in *Lyon médical*, 1931, 720).

Elle s'aidera avantageusement de la diathermie par l'ablation de la tumeur pédiculée au serre-nœud diathermique, méthode facile, non hémorragique, ne favorisant pas l'essaimage des cellules cancéreuses. Le deuxième acte de la biopsie sera la diathermo-coagulation de la plante d'implantation du pédicule, acte pouvant remplacer dans les cas inopérables une intervention chirurgicale. On n'emploiera pas la diathermo-coagulation au niveau de l'endo-larynx, car celui-ci devient le siège d'un œdème post-opératoire de la glotte, pouvant déterminer une asphyxie rapide.

TRAITEMENT

De même que pour le pronostic, le traitement varie selon la nature biologique de la tumeur maligne pédiculée et surtout selon sa localisation. Soulignons tout de suite le caractère chirurgical par excellence de ces tumeurs, dont la forme limitée se prête particulièrement bien à toutes les exérèses. Toutefois, il s'en faut de beaucoup que les résultats soient toujours parfaits. Trop souvent, malgré les apparences d'exérèse complète, la tumeur récidive sur place.

Trois moyens de traitement se présentent : l'ablation chirurgicale, les radiations et la diathermo-coagulation (bien entendu, après la biopsie, premier acte, palliatif, du traitement) :

1° *Tumeurs malignes pédiculées de la base de la langue.* Ces tumeurs étant circonscrites, elles sont plus chirurgicales que toutes les autres formes anatomocliniques des cancers de la langue; ceci a son importance, car selon l'avis des cancerologues, le cancer commun de la langue relève plutôt de la curiéthé-

rapie (33 % de guérisons selon Ménégau)¹ que du bistouri (20% de guérisons par l'association bistouri-radium) ou de la diathermo-coagulation. Dans le cas d'une tumeur maligne pédiculée de la base de la langue, on pourra enlever le néoplasme au bistouri diathermique, puis pratiquer une large diathermo-coagulation du point d'implantation de la tumeur. Roux-Berger, Monod et d'autres insistent sur les avantages du couteau diathermique qui diminue les risques de la greffe. L'intervention sur la langue sera précédée d'une large ablation des ganglions, et d'un examen histologique minutieux de ces derniers; dans le cas où l'examen montrera la nature cancéreuse des ganglions, on pratiquera une irradiation secondaire du cou au moyen du Ra.

° *Tumeurs malignes pédiculées du voile*, seront également justiciables du couteau diathermique ou de la diathermo-coagulation.

3° *Tumeurs malignes pédiculées du pharynx et de l'amygdale*. — Schématiquement, les tumeurs pédiculées du pharynx étant des tumeurs « cavitaires » seront traitées par une large exérèse par voies naturelles, à l'opposé des tumeurs « pariétales », justiciables du collier de radium. Il en est de même pour les tumeurs de l'amygdale ; on procédera en général de la façon suivante :

— pas d'adénopathie : ablation de la tumeur au

(1) MÉNÉGAUX : Thèse, 1928, Paris.

bitouri diathermique ou amygdalectomie élargie, puis roentgen ou mieux, curiethérapie, qui donne de bons résultats (*obs. XXXII*) ; la formule histologique montre si la tumeur est oui ou non sensible aux radiations ;

— adénopathie concomitante : d'abord exérèse ganglionnaire suivie de roentgenthérapie ; puis exérèse de la tumeur.

Worms préconise l'emploi de l'anse diathermique qu'on introduit d'emblée jusqu'à la couche musculaire. Portmann, notre Maître Bourgeois et Poyet ont récemment mis au point la technique du traitement des cancers oro-pharyngo-laryngés par la diathermo-coagulation.

L'ablation des tumeurs malignes pédiculées au serre-nœud est absolument insuffisante (*cas IX, XXI*).

4^e *Tumeurs malignes pédiculées du larynx*. — La question de traitement des tumeurs malignes du larynx reste encore discutée. Nous rappellerons la technique employée par la majorité des auteurs :

a) Le cancer de l'épiglotte : ablation de la tumeur par voies naturelles ou par pharyngotomie, précédée ou non de curage ganglionnaire ;

b) Le cancer de la corde vocale et de la sous-glotté : l'exérèse partielle s'impose, *après thyrotomie* ; les résultats sont satisfaisants (*cas III, XV*) ; l'ablation par voies naturelles est insuffisante (*cas XIV*) ;

c) Le cancer de la commissure antérieure : laryngectomie totale ou hémilaryngectomie frontale antérieure (Molinié) ;

d) Le cancer extrinsèque : le traitement chirurgical donne ici des résultats beaucoup moins brillants ; mais on fera l'ablation de la tumeur qui provoque par son volume des troubles respiratoires et des troubles de la déglutition ; la curiethérapie sera ici d'un précieux concours.

Dans tous les cas la surveillance prolongée s'impose, la récurrence pouvant survenir dans les mois et les années qui suivent.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Rapportée par BERGEAT, *In Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1895, Berlin, *Das Sarkom des Kehlkopfes*).

(Cas de Türeck). — Homme de 55 ans, horloger. Tumeur un peu pédiculée, siégeant sur le bord interne et la face supérieure de la corde vocale droite ; de couleur blanc jaunâtre ; volume : petit pois ; forme irrégulière. La tumeur se traduisait par un enrouement datant depuis 1 mois et demi ; mobilité du larynx normale. Ablation par voie eudolaryngée et cautérisation au nitrate d'argent. Guérison.

Formule nitologique : sarcome à cellules rondes et fusiformes, sans fibres conjonctives ni fibres élastiques.

OBSERVATION II

(Cas de Machenzie cité par BERGEAT, *In Monatschrift f. Ohr*, 1895).

La malade, âgée de 37 ans, se plaignait d'une légère gêne et d'une douleur à la déglutition datant depuis 3 ans et demi. A l'examen : tumeur de volume d'une noix, de couleur rougeâtre, implantée par une large pédicule sur la face pharyngienne du larynx ; examen histologique : fibrosarcome développé au centre d'un papillome ; nombreux vaisseaux,

La tumeur fut enlevée par voie endolaryngée. Résultats éloignés parfaits.

OBSERVATION III

(Cas de Laroyenne, rapporté par BERGEAT, *Loco citato*)

Femme de 32 ans ; depuis un an : toux, expectoration sanglante. Accès d'étouffements tous les huit jours. A l'examen : sur le bord de la corde vocale droite tumeur jaunâtre foncé, de volume d'une cerise, recouvrant les 2/3 de la glotte, ronde, pédiculée ; examen histologique : sarcome à cellules rondes et fusiformes ; peu de tissu conjonctif ; vaisseaux sarcomateux. Ablation de la tumeur par thyrotomie. Pas de récurrence au bout de 8 mois et demi.

OBSERVATION IV

(Cas de Délie, rapporté par BERGEAT, *Loco citato*)

Homme de 73 ans, gros fumeur, présentant une dysphonie et une gêne de la déglutition ; à l'examen : dans la zone interaryténoïdienne, plutôt sur le versant pharyngien, tumeur de volume d'une petite noix, rouge, lisse, pédiculée ; examen histologique : fibro-sarcome.

Ablation par voie endolaryngée, suivie de galvanocautérisation ; récurrence sur place au bout de 10 mois, sous forme d'une tumeur également pédiculée, piriforme, de couleur gris sale ; œdème de toute la région aryténoïdienne et ventriculaire ; adénopathie 21 mois après le début de la maladie.

OBSERVATION V

(Cas de Quintrin, rapporté par BARANGER dans sa thèse de Paris 1925).

Il s'agissait d'une épithélioma pédiculé siégeant sur l'amygdale palatine.

OBSERVATION VI

(BAUROWICZ. — *In Archiv für Laryngologie und Rhinologie*.
Berlin 1886, p. 175).

La tumeur était un épithéliome pédiculé siégeant sur l'épiglotte.

OBSERVATION VII (Résumé)

(Citée par BAUROWICZ *In Archiv für Laryngologie und Rhin*.
Berlin 1897, p. 157).

Le malade, âgé de 67 ans, avec bon état général, était porteur depuis 14 ans d'une tumeur du voile du palais ; indolore, la tumeur gênait la déglutition ; à l'examen elle était de volume d'un œuf de poule et s'insérait par un court pédicule sur le bord libre du voile, du côté gauche de la luette ; le néoplasme refoulait le pilier amygdalien gauche et reposait sur la base de la langue. La surface de la tumeur était lobée et recouverte de détritits sphacelés, mais, elle n'était pas ulcérée. Le néoplasme fut arraché au doigt ; son pédicule saignait peu. L'auteur pensait à une tumeur bénigne. A la coupe la tumeur s'est montrée séparée en plusieurs lobes par des tractus fibreux rayonnant du pédicule vers la périphérie. A l'examen histologique, on remarquait, dans la partie principale, formée par le tissu conjonctif, des bandes de cellules épithéliales d'origine glandulaire. L'auteur pense à un fibro-adénome ayant subi la transformation en adéno-carcinome. Il n'a pas revu son malade depuis.

OBSERVATION VIII

SCHMIEGELOW. — *Carcinome pédiculé du larynx opéré par la voie endolaryngée*. (Société danoise d'oto-rhino-laryngologie, 25 décembre 1902). (Résumé) *In Annales des maladies de l'oreille, etc.*, Paris 1903, p. 254).

La tumeur avait la grandeur d'une noisette, remplissant le sinus piriforme à gauche. Enlevée avec l'anse froide elle

permet de découvrir son pédicule implanté à la naissance du ligament ary-épiglottique et du cartilage aryénoïde gauche.

OBSERVATION IX

(LEVINGER. — Tumeur maligne pédiculée de l'amygdale (endothéliome). In *Archiv für Laryngologie*, Berlin 1906, p. 181). (Résumé).

Le malade était porteur d'une tumeur pédiculée, siégeant à l'extrémité inférieure de l'amygdale droite, immédiatement en arrière du pilier antérieur ; sa longueur était de 1 cm. et demi sur 1/2 cm. de large. L'amygdale était tuméfiée, pas d'adénopathie. Le néoplasme était friable et saignait au contact. Le lendemain, ablation de la tumeur aux ciseaux avec morcellement de l'amygdale au niveau du point d'attache du pédicule. Examen histologique : au niveau de l'amygdale, hypertrophie banale ; au niveau de la tumeur : endothéliome.

(Le malade, par ailleurs bien portant, a été opéré quelques semaines avant d'avoir consulté, par un chirurgien, qui pratiqua l'ablation d'un gros paquet ganglionnaire à l'aîne gauche).

Environ 6 mois après : apparition d'un gros œdème douloureux du membre inférieur gauche ; peu après : adénopathie inguinale et sous-maxillaire droite ; traitement radiothérapique et arsénical sans effet. Bientôt apparaît une occlusion intestinale : à l'intervention on constate une tumeur du cœcum ; on pratique une anastomose iléo-colique. Par la suite apparaît une adénopathie inguinale du côté opposé également, et des adénopathies : axillaire droite, cervicale droite et de la fosse iliaque gauche. Les amygdales restent normales. Mort environ 15 mois après l'apparition de la tumeur amygdalienne. On n'a pas pratiqué d'autopsie.

OBSERVATION X

SARADINI et ABOULKER. — *Epithélioma pédiculé du pharynx ayant simulé un épithélioma du larynx. Laryngectomie et pharyngectomie.* (Bulletin Médical de l'Algérie. Alger 1907, n° 20, p. 757).

« Le malade qui fait l'objet de cette observation, F... Baptiste, avait été opéré par l'un de nous le 10 mars 1906. Ne pouvait plus rien avaler, pas même les liquides. On avait décidé l'intervention (gastrostomie). Le 31 mars, le malade est pris de suffocation. Il fut examiné par le docteur L... qui reconnaît la nécessité d'une trachéotomie qui est faite par le docteur Mattei.

4 janvier 1907 : Fermeture de la fistule stomacale. La plaie trochéeale est fermée depuis plusieurs semaines : l'état du malade est excellent et sa digestion bonne.

4 mars 1907 : Le malade qui, après un séjour à l'hôpital de 10 mois, était sorti en janvier 1907, n'avait pas cessé de se faire soigner à la consultation oto-rhino-laryngologique du docteur Henri Aboulker.

L'examen laryngoscopique montre que le larynx est obstrué par une masse du volume d'une mandarine, à surface lisse et régulière qui semble en sortir. Cette masse explorée au stylet courbe paraît légèrement mobilisable et ne semble adhérente ni aux parois du pharynx, ni au pourtour supérieur du larynx. Le diagnostic est celui de tumeur pédiculée du larynx. Cette tumeur ne s'accompagne pas de ganglions et le larynx n'est pas augmenté de volume. La mobilité relative et l'absence de ganglions font penser à un cancer pédiculé à point de départ intralaryngien.

Un examen histologique confirme le diagnostic d'épithélioma... Le malade respire avec une grande difficulté, la tumeur ne laissant qu'un léger passage à l'air.

Le 4 mars, on intervient pour faire, avant l'extirpation du larynx, une trachéopexie...

Le 28 mars, avec l'assistance du docteur Aboulker, double

incision parallèle, la supérieure passant immédiatement au-dessous de l'os hyoïde et l'inférieure passant au niveau du premier anneau de la trachée. Ces deux incisions s'étendent de chaque côté jusqu'au sterno-mastoïdien. Une autre incision, verticale, pratiquée sur la ligne médiane réunit ces deux incisions ; à la rugine, aux ciseaux et au doigt, on sépare du larynx les muscles sous-hyoïdiens : on les coupe au ras de l'os hyoïde. Section transversale au niveau du premier anneau de la trachée. On sépare le larynx du pharynx, on continue la dissection jusqu'au niveau des cartilages ary-ténoïdes. On voit alors sortir du pharynx une tumeur, puis dans l'ouverture de la muqueuse pharyngée apparaît la masse principale... Le larynx entièrement libéré est isolé et on s'aperçoit que la tumeur est restée appendue au pharynx, adhérente à sa paroi latérale, au niveau du point où cette paroi s'insérerait sur le pharynx et à peu près au niveau de l'orifice supérieur du larynx. Nous avons affaire à un épithélioma pédiculé du pharynx, tombée en quelque sorte dans le larynx où il s'était développé comme une tumeur intrinsèque de cet organe.

On procède à la résection de la paroi latérale du pharynx en dépassant le point d'implantation de la tumeur. Suture en bourse de la paroi pharyngienne, des muscles et de la peau. Petits darins aux quatre angles de la plaie. Une sonde en gomme a été, au préalable, passée dans l'œsophage. Pansement au moyen de la canule de Lombard. Suites opératoires excellentes ; pas de température...

5 mai 1907 : Au bout de 35 jours, la fistule est presque fermée ; le malade absorbe des aliments solides et liquides. La plaie pharyngienne est guérie ; malheureusement, le malade a fait, 5 semaines après l'opération, une récurrence ganglionnaire cervicale.

23 mai 1907 : La tuméfaction ganglionnaire déborde des deux côtés du cou, dans le creux sus-claviculaire droit ; le malade s'alimente bien ; état général assez bon. Alimentation solide et liquide. Le décès survient à la fin de juillet. »

OBSERVATION XI

MARSCHIK. — *Cancer du larynx chez un homme de 24 ans.*
(*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1909; in *Revue de Laryngologie*, 1933).

« Andréas B., 24 ans, paysan hongrois. Pas d'antécédents cancéreux dans la famille. Le malade vient pour la première fois le 19 août 1908 à la consultation de la clinique. On lui enlève des polypes de deux cordes vocales, siégeant à leur place habituelle. L'enrouement datait déjà de un an. A la suite de l'opération, la voix redevient claire. En novembre 1908, de nouveau il devient enroué, ressent de la gêne pour avaler et fréquentes envies de tousser. Ces troubles sont intermittents au début, puis deviennent progressivement croissants, avec apparition de crises de suffocation. Il entre à l'hôpital le 18 février 1909. La partie droite du larynx était remplie d'une tumeur de volume d'une noix, ulcérée, mamelonnée, paraissant issue de l'aryténoïde, probablement de sa face interne, en recouvrant l'orifice glottique, la paroi postérieure du larynx et l'aryténoïde gauche. La tumeur était *pédiculée*. La tumeur affecte aussi le repli ary-épiglottique et l'épiglotte. La mobilité de l'aryténoïde droit est très diminuée. La muqueuse du sinus piriforme droit est œdématisée et montre dans la région de l'apophyse musculaire de l'aryténoïde un bourgeonnement grisâtre tumoral. A la partie antérieure du sterno, à droite, au niveau du corps thyroïde, on trouve un ganglion légèrement douloureux et qui a spontanément attiré l'attention du malade. On pense à une tuberculose ou un sarcome. La biopsie montre qu'il s'agit d'un carcinome à cellules plates avec peu de kératinisation du type *carcinomateux à cellules basales*.

Etant donné le bon état général du malade, le docteur Chiari pratique l'intervention sans trachéotomie préalable. On fait l'hémilaryngectomie selon le procédé de Glück, avec plastique laryngée par lambeau cutané antérieur fixé à la partie gauche restante du larynx. La moitié gauche du la-

rynx étant trouvée saine, est respectée, mais l'épiglotte étant néoplasique est extirpée en totalité. Après l'extirpation laryngée on découvre deux ganglions du volume d'une noisette remplis de pus caséeux. Ils sont adhérents à la jugulaire interne, et l'on doit réséquer cette veine sur 5 centimètres de long.

Malgré la plastique et un large drainage, les suites sont mauvaises. Le soir, frissons et température à 39°. Ictère. Signes de septicémie. On pratique des injections quotidiennes d'électrargol.

Mort au huitième jour. A l'autopsie, on découvre une médiastinite tirant son origine des sutures muqueuses. »

OBSERVATION XII

J. GAREL, de Lyon. — *Cancer du larynx siégeant sur le repli aryéno-épiglottique gauche. Opération endolaryngée. Guérison.* (Congrès de la société française d'oto-rhino-laryngologie, séance du 12 mai 1909).

« L'observation que je rapporte est intéressante à cause de sa rareté. C'est en effet la première fois que je rencontre un cancer du larynx assez nettement limitée pour que je puisse en pratiquer l'ablation bien complète par les voies aériennes.

Observation. — M. X..., 62 ans, vient me consulter le 10 septembre 1908, pour un mal de gorge datant de deux mois.

Le malade ressent depuis le début une douleur du côté gauche du cou. Cette douleur n'est pas très forte, c'est plutôt de la gêne que de la douleur proprement dite. A l'examen du cou, il n'y a pas d'empâtement et je ne trouve pas le moindre ganglion. La voix est couverte...

Tels sont les signes présentés par ce malade qui semble d'ailleurs jouir d'une santé parfaite. En dehors du larynx, aucun autre organe n'est frappé de la plus petite tare.

A l'examen laryngologique, je trouve une grosse tumeur rougeâtre, à surface irrégulière et bosselée, recouvrant tout le côté gauche du larynx, masquant la corde vocale et dépassant...

sant largement la ligne médiane. La surface mamelonnée rappelle absolument l'aspect des tumeurs épithéliomateuses. Je dois ajouter que cette tumeur est mobile et flottante. Elle est soulevée dans les mouvements d'expiration et entraînée ensuite du côté de la glotte dans les efforts respiratoires.

La tumeur me semble franchement maligne et ne peut simuler une autre lésion.

En raison de sa mobilité, je suis convaincu que le néoplasme repose sur le ligament ary-épiglottique gauche et qu'il est fixé par un pédicule de peu d'épaisseur...

Le 17 septembre, j'introduis, sous le contrôle du miroir, une anse galvanocautique montée avec un conducteur courbe... Je fais passer le courant et du premier coup la section est opérée... L'examen du larynx, pratiqué immédiatement après l'extirpation, indique que la section a porté sur la partie du ligament ary-épiglottique gauche, à son point d'union avec le bord postérieur de l'épiglotte. La surface de section a 7 ou 8 millimètres de longueur, sur une largeur de 2 ou 3 millimètres.

La tumeur pèse 2 grammes et demi. Elle a 22 millimètres de longueur sur 18 de largeur et son épaisseur est de 15 millimètres. Elle est confiée au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. Le 9 octobre, je reçois la réponse suivante, de M. Bériel :

« Le fragment envoyé se montre constitué par un stroma fibrillaire dans lequel se voient des nappes épithéliales lobulées. Celles-ci sont constituées par des éléments épithéliaux manifestés, mais sans ordonnance particulière. Elles infiltrent toutes les surfaces des coupes.

« Le fragment est limité, sur une partie de la périphérie, par un épithélium stratifié en voie de destruction. Sur plusieurs points même, il a complètement disparu et est remplacé par un tissu granuleux.

« Il s'agit là, sans aucun doute, d'un épithélioma dont la surface est en partie ulcérée. Les signes se rapprochent de

ceux donnés par un grand nombre des cancers du larynx, mais l'aspect atypique des néoproductions ne permet pas d'en préciser exactement l'origine. En tous cas, la malignité n'est pas douteuse. »

Les suites de l'opération ont été nulles. Le malade a repris de suite sa voix normale et n'a rien éprouvé du côté de la déglutition...

J'ai suivi ce malade très attentivement depuis l'opération. J'ai examiné son larynx à plusieurs reprises et je n'ai jamais constaté une trace de récurrence. Les examens ont été pratiqués tous les soirs, puis tous les deux mois... Actuellement, l'opération date de huit mois... »

OBSERVATION XIII

H. MORESTIN. — *Sarcome pédiculé du pharynx. Extirpation par pharyngotomie sous-hyoïdienne.* (Bull. et mém. de la société nationale de chirurgie de Paris, séance du 15 mars 1911, p. 393-396).

« Le malade, Désiré G..., paveur, âgé de 52 ans, est entré dans mon service, salle Nélaton 12, à l'hôpital Tenon, le 30 novembre 1910. Il était alors dans le plus triste état, ne pouvant plus avaler que des liquides, et encore avec une peine considérable, en proie à une dyspnée constante et menacé à chaque instant de périr dans un accès de suffocation. Le début apparent de la maladie remontait au commencement de l'année 1910 ; de cette époque en effet datent la dysphagie et les premiers troubles respiratoires sérieux, et les modifications de la voix, qui devient de plus en plus sourde, enrrouée et rauque.

Depuis quelques semaines, l'amaigrissement est progressif et même rapide. La difficulté de l'alimentation va croissant, les tentatives de déglutition sont fréquemment suivies de violentes quintes de toux, et de crises de suffocation.

Le cou paraît quelque peu élargi au niveau de la partie moyenne et inférieure du pharynx et de la partie postéro-

supérieure du larynx. Au palper, on croit sentir une sorte d'empâtement profond en rapport avec ce léger changement d'aspect. On ne peut cependant reconnaître aucune masse ganglionnaire distincte; tous les trous superficiels sont souples. Les mouvements de la tête et du cou s'exécutent aisément. L'exploration du pharynx est facile; le sujet ouvre facilement la bouche, et la langue a conservé toute sa mobilité. On constate dans le pharynx la présence d'une masse volumineuse, ulcérée, végétante, qui couvre l'orifice supérieur du larynx, et s'enfonce dans le pharynx. C'est à peine si l'on aperçoit en avant l'extrémité libre de l'épiglotte. On ne distingue ni aryténoïdes ni replis aryténo-épiglottiques, ni les gouttières pharyngo-laryngées. Tout est rempli par cette masse végétante, couverte dans toute sa partie accessible de détritüs mortifiés, et saignant au moindre contact. Le diagnostic de tumeur maligne ne semble donc pas douteux. Il paraît certain en outre que cette tumeur a dû prendre naissance à la partie supérieure du larynx, à la limite du larynx et du pharynx...

Le 10 février, je traçai une grande incision transversale, passant au niveau du bord inférieur de l'os hyoïde, et se terminant à droite et à gauche sur les muscles sterno-mastoïdiens. J'y ajoutai, pour avoir plus de place, une incision verticale médiane sur toute la hauteur du larynx et même à l'extrémité basse de cette incision verticale une courte incision horizontale précicoidienne.

Ayant dégagé les abords du larynx et de l'os hyoïde, je sectionnai au ras de cet os les muscles sous-hyoïdiens et la membrane thyro-hyoïdienne, puis je pénétrai dans le pharynx en détachant l'épiglotte de la concavité de l'hyoïde. Je séparai complètement la grande corne de l'hyoïde, et débridai encore en arrière d'elles la paroi musculaire du pharynx, ce qui me permit d'abaisser en avant tout le larynx, et de rendre béant le pharynx, me donnant toute commodité pour l'inspecter entièrement et y manœuvrer tout à fait à l'aise.

La tumeur présentait des connexions beaucoup plus simples que l'on ne pouvait le supposer. Aussitôt ouverte, la brèche pharyngée, elle commença à faire issue comme une langue sortant de la bouche. Elle était en effet rattachée à la paroi pharyngée seulement par un pédicule gros comme l'index implanté sur la paroi latérale droite, au niveau du *bord postérieur du cartilage thyroïde, à la partie la plus reculée de la gouttière pharyngo-laryngée*. Elle couvrait le larynx, remplissait la partie basse du pharynx buccal et s'enfonçait dans le pharynx inférieur. Son volume était comparable à celui d'un très gros œuf, mais elle était aplatie de haut en bas, plus épaisse en arrière qu'en avant. Sa face supérieure était largement ulcérée. C'était justement la portion accessible à l'exploration. Le reste de la surface était lisse et offrait un revêtement muqueux. Il n'y avait aucune adhérence en dehors du pédicule. Le larynx était intact, aussi bien que le pharynx.

Je sectionnai le pédicule, qui était très vasculaire; après ligature des vaisseaux, je fermai la plaie.. Les suites de l'intervention furent heureuses, malgré une désunion partielle des plaies; au bout de trois semaines, la guérison pouvait être considérée comme accomplie... Actuellement, le malade mange et boit comme tout le monde. Il n'a aucun trouble respiratoire. Il parle nettement et facilement.

...La tumeur se montre constituée par une série de lobes arrondis, distincts, séparés par du tissu conjonctif. A la coupe, ces lobes apparaissent comme des cercles réguliers remplies par une masse d'un blanc grisâtre, friable. En certains points on note des amas gélatineux ou vedémateux. Ça et là on aperçoit quelques petits kystes remplis de liquide jaunâtre. Enfin une cavité grande comme une noisette, au voisinage de l'extrémité antérieure du néoplasme, est remplie de pus...

Cette tumeur a été examinée au point de vue microscopique par M. Roussy. Elle offre dans toutes les parties d'aspect blanchâtre disposées en formes de lobes spériques la struc-

ture du sacome à cellules rondes. Ailleurs on trouve du tissu conjonctif ou du tissu muqueux. En certains points le tissu conjonctif est œdémateux. On n'a pu reconnaître en aucun point de tissus épithélioïdes ni de cartilage.

...Cependant ce n'est pas un sarcome pur, il faut tenir compte des quantités considérables de tissu conjonctif normal, ou modifié par l'œdème, par la transformation muqueuse, par la présence des kystes séreux ; il convient de noter cette disposition de lobes distincts et cette disposition pédiculée plus rare encore. On peut se demander si cette tumeur ne serait pas dans une certaine mesure assimilable aux tumeurs encapsulées comme de la parolide, de la voûte et du voile du palais, des régions péribuco pharyngiennes. A la vérité, on n'y trouve aucun vestige de tissu épithélioïde, dont la présence caractérise les tumeurs dites mixtes ; il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit ici d'une tumeur déjà assez *complexe*, bien que tous ses éléments soient dérivés du seul *tissu conjonctif*.

Je croirai d'autant plus volontiers à cette interprétation que le sujet porte dans l'épaisseur de la joue droite, sous la muqueuse, une autre petite tumeur arrondie, très ferme, très mobile, et présentant tous les caractères cliniques habituels des tumeurs mixtes... »

OBSERVATION XIV

(Cas de CITELLI, rapporté au XII^e Congrès de la Société Italienne de Laryngologie ; in *Annales des maladies de l'oreille*, 1911, p. 343).

Il s'agissait d'un sarcome, attaché par un mince pédicule sous l'angle commissural des cordes ; volume : celui d'un œuf de poule ; aspect d'un gros polype choanal. Extirpation par voie externe. Récidive et réopération 4 mois après. Diagnostic histologique : fibro-sarcome.

OBSERVATION XV

Mac WHINNIE : Sarcome et myxome pédiculés du larynx.
(In *New-York Medical Journal*, 26 octobre 1912, p. 838).

Le malade, âgé de 54 ans, par ailleurs bien portant, vient pour l'enrouement datant de 3 mois, et pour les accès de dyspnée apparus il y a deux mois. A l'examen laryngoscopique, on apercevait à la commissure antérieure des cordes, plutôt du côté droit, deux tumeurs pédiculées qui ne laissaient qu'un étroit passage à l'air pendant la respiration. Le malade fut opéré d'urgence à la suite d'un accès d'asphyxie ; après la trachéotomie, une laryngofissure permit d'enlever les deux tumeurs à la pince ; l'ablation fut suivie du curettage des points d'attache des pédicules. Suture ; guérison.

A l'examen histologique la première tumeur, la plus volumineuse, était un sarcome à cellules rondes et fusiforme ; l'autre, un myxome.

OBSERVATION XVI

H. CABOCHE. — *Epithélioma pédiculé de la corde vocale droite. Laryngo-fissure. Guérison remontant à quatre ans et demi avec reproduction d'une corde vocale.* (Bull. et mém. de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, Congrès de 1912, p. 75).

« M. G..., cinquante-quatre ans..., est atteint depuis quatre mois d'un enrouement auquel jusqu'alors il ne donnait pas grande attention, lorsque le 5 février 1907 il rejeta en tousant une sorte de fragment polypoïde de la grosseur d'un petit pois, qui le décida à prendre un avis. Ce fragment polypoïde est dur, mamelonné, blanchâtre ; il a été expulsé sans émission sanguine.

Le malade déclare être en bonne santé générale. Il n'y a pas d'amaigrissement. ...Pas de douleur. Au laryngoscope

nous constatons la présence sur la corde vocale droite de deux tumeurs : l'une occupant le milieu de la corde vocale son bord libre, du volume d'une noisette, retenu à son point d'implantation par un pédicule, large de plusieurs millimètres ; l'autre, beaucoup plus petite, presque sessile, occupant la partie antérieure de la corde, au voisinage de la commissure, du volume d'un tout petit pois, et qui représente vraisemblablement le point d'implantation de la masse expulsée. Les deux tumeurs sont mamelonnées, blanchâtres, d'aspect nacré.

La corde vocale a conservé toute sa mobilité, paraît normale en dehors des points d'implantation de nos deux tumeurs. Tout le reste du larynx est normal. Pas d'adéno-pathie de la chaîne cervicale et maxillaire explorée minutieusement. Nous pensons de suite à un épithélioma...

...Une biopsie... est pratiquée le 23 février. Dans l'intervalle, le malade avait expulsé sa tumeur principale qu'il m'apporta. Je jugeai préférable néanmoins de prélever un fragment du pédicule restant avec une partie de la corde vocale sur laquelle il s'implantait. L'examen gagnerait ainsi en netteté en nous indiquant non seulement la structure de la tumeur elle-même, mais ses connexions avec les autres éléments de la corde.

L'examen, pratiqué par le docteur Decloux..., fut positif : il s'agissait bien d'épithélioma parimenteux :

...« La pièce... présente à sa partie moyenne une région où l'épithélioma parimenteux de revêtement offre un épaississement atteignant trois à quatre fois sa hauteur normale. En ce point, la régularité de la stratification est profondément modifiée : la couche basale de Malpighi est complètement désorientée : les cellules s'imbriquent dans différents sens. Plusieurs des cellules, sous le champ examiné, ont un moyen de chromatine vivement coloré et offrent des figures de Kargokinèse. En deux points, deux boyaux épithéliaux pénètrent dans la couche sous-jacente à une assez grande profondeur. Leurs éléments cellulaires offrent les

caractère typiques des cellules de la *couche polygonale* du revêtement cutané avec leurs filament d'union caractéristiques. Il s'agit à n'en pas douter de prolifération épithéliale identique à celle de la partie superficielle. La région sous-dermique est très vascularisée par des néo-capillaires ; par place, ceux-ci sont entourés de manchons des cellules appartenant au type mononucléaire, répondant aux éléments lympho-conjonctifs jeunes. D'autres cellules fusiformes se mélangent aux précédentes et sont l'indice de la réaction conjonctive avec *organisation fibreuse* qui s'élabore ; plus profondément, cette réaction fibreuse est très nette et circonscrit les quelques éléments cellulaires à type épidermique que l'on peut trouver isolés même jusqu'à la couche musculaire.

...Le diagnostic... est donc celui d'épithélioma pavimenteux ; mais nous insistons sur l'enkystement des lésions par du tissu conjonctif néoformé qui semble devoir en arrêter la marche envahissante ; tissu conjonctif qui s'organise et deviendra fibreux du l'importante vascularisation néo-capillaire qui le traverse. »

Une intervention est décidée en principe, mais, pour des raisons d'ordre extra-médical, l'opération n'est acceptée par le malade que pour le mois d'octobre suivant. Dans l'intervalle, il rejette *de nouveau*, le 22 avril, une petite masse néoplasique du volume d'un gros petit pois. Le miroir montre que cette masse provenait de la partie moyenne de la corde ; la tumeur de la partie antérieure ne se traduisant que par un dépoli de la région.

30 octobre. Opération. Sous chloroforme, on pratique la laryngo-fissure... Le larynx ouvert me permet de voir ce que j'avais déjà constaté au laryngoscope, que les lésions n'avaient pas sensiblement augmenté ; même dépoli de la corde vocale en avant ; même monticule néoplasique du volume d'un tout petit pois à la partie moyenne.

Ablation aux ciseaux de toute la corde vocale, en ayant soin d'aller en avant jusqu'à la commissure du cartilage

thypoïde, en dehors jusqu'à la lance du cartilage, et en arrière jusqu'à l'aryténoïde, dont on enlève une partie avec la corde... Peu à peu une nouvelle corde vocale s'est reformée. »

OBSERVATION XVII

H. BOURGEOIS et A. DELAMARRE. — *Tumeur pédiculée de l'amygdale linguale à siège intralaryngé.* (« Annales des maladies de l'oreille », etc., tome XL, n° 10 (1914-1915, p. 941).

« M. D..., 53 ans, aucun antécédent, vient consulter le 25 mai 1914 parce que, depuis un an environ, sa voix est un peu voilée, et qu'il éprouve la sensation d'une boule qui monterait et descendrait dans sa gorge. Gêne respiratoire variable : tantôt amélioration par les inhalations, qui furent le seul traitement, tantôt crises d'étouffement, inquiétantes dans les dernières nuits.

A l'examen du larynx on trouve une tumeur rouge, de forme irrégulière, mais à contours arrondis ; cette tumeur occupe presque la totalité du vestibule laryngé, masquant la plus grande partie de la glotte. A la faveur d'un mouvement expiratoire puissant, on voit très nettement la tumeur plongeant dans le larynx et mobile, suivant les mouvements de la respiration, autour d'un point d'insertion situé en dehors du repli glosso-épiglottique gauche, près de l'épiglotte.

Le 4 juin sous anesthésie locale, M. Bourgeois extrait à la pince une énorme tumeur insérée dans la fossette glosso-épiglottique, et dont les dimensions sont les suivantes : longueur 3 cm., largeur 2 cm. 1/4, épaisseur 1 cm. 1/2.

Les suites de l'intervention ont été simples, la cicatrisation s'est effectuée en une semaine et l'on a pu se rendre compte que le pédicule était inséré sur un des lobules les plus externes de l'amygdale linguale, à gauche.

Aussitôt après l'extraction, on a prélevé au niveau du

hile d'insertion de la tumeur, une mince tranche transversale intéressant presque toute son épaisseur. Les coupes ont été confiées à M. Papin qui a bien voulu nous donner la note histo-pathologique suivante :

« La tumeur est revêtue d'un épithélium à type malpighien, desquamé en plusieurs points ...et présentant des plages d'infiltration leucocytaire. Il repose sur un chorion réuni à l'axe conjonctivo-vasculaire et lui-même infiltré.

« Le squelette conjonctivo-vasculaire, extrêmement développé, est en rapport de continuité avec le pédicule du néoplasme. Il comprend des fibres et des cellules conjonctives d'aspect normal, et, entre les faisceaux de fibres, de petites cellules plus ou moins arrondies à noyau et à cytoplasme basophiles. Il contient de nombreux vaisseaux à une seule assise de cellules, à lumière large. Il envoie dans tous les sens des prolongements ramifiés autour desquels sont orientés des éléments constitutifs du néoplasme. Celui-ci est formé, dans toute son étendue, par du tissu réticulé, dont l'apparence varie suivant les points envisagés : le réticulum est tantôt grêle et d'aspect normal, tantôt constituée par une trame épaisse, fortement acidophile et présentant des noyaux aux points nodaux. Les éléments contenus dans les mailles du réseau sont très polymorphes : à côté des lymphocytes et des mononucléaires normaux, on note la présence de cellules jeunes de volume variable, plus ou moins ovalaires, à cytoplasme fortement basophile. La forme des noyaux est très variable : arrondie, ovalaire ou en bissac ; quelques-uns sont nettement bourgeonnants, certains éléments contiennent deux noyaux. Il existe de nombreuses divisions indirectes. Il y a un grand nombre de noyaux pycnotiques. Enfin on constate la présence d'un amas de myélopaxes, contenant des inclusions intravaculaires d'origine vraisemblablement nucléaire. Il n'y a pas de centres germinatifs ; neutrophiles très rares, quelques îlots d'acidophiles. Les vaisseaux sont excessivement nombreux de type embryonnaire, à une seule assise de cellules ; les éléments qui en consti-

tuent la paroi se continuent directement avec les éléments du réseau. Nombreux foyers hémorragiques.

« La présence du tissu réticulé et d'éléments lymphoïdes normaux d'une part, d'autre part le développement excessif du tissu conjonctif et des vaisseaux à type embryonnaire, l'existence d'éléments jeunes de forme et de développement très variable, la tendance à l'envahissement et à la substitution de ces éléments aux cellules normales, accompagnant des processus de dégénérescence, montrent qu'il s'agit là d'un lymphadénome développé aux dépens du tissu lymphoïde normal de la base de la langue, *lymphadénome en voie de transformation sarcomateuse*, et rappelant la variété décrite par Bezancón et Labbé sous le nom de lymphadénome métatypique. »

OBSERVATION XVIII

BROWN KELLY. — *Carcinome pédiculé du pharynx* (Société Royale de Médecine, Section de Laryngologie, séance du 1^{er} mars 1918. In *The Journal of Laryngogy, Rhinology, etc.*, 1920, p. 13).

Le malade, âgé de 40 ans, était porteur d'une tumeur de l'amygdale droite, tumeur qui n'occasionnait aucun trouble de la déglutition ni de la phonation. Elle était de volume d'une grosse noix, et était attachée par un pédiculé au pôle supérieur de l'amygdale ; sa surface était lisse, recouverte d'une muqueuse d'aspect normal ; la consistance était ferme. L'ablation a été pratiquée au serre-nœud ; neuf mois après, l'examen de l'amygdale la montrait absolument normale. L'examen histologique montrait une muqueuse normale, sans ulcération, infiltrée par de nombreuses cellules rondes, qui recouvrait la tumeur ; les glandes étaient d'apparence normale ; on notait une congestion vasculaire. Les lobes du tissu néoplasique, constitués par un épithélioma malpighien, étaient séparés de la muqueuse par une couche de tissu fibromusculaire.

OBSERVATION XIX

(Citée par TILLEY à la même séance du 1^{er} mars 1918)

Un jeune garçon était porteur d'une tumeur pédiculée de l'amygdale ; on pensait à une tumeur bénigne mais l'examen microscopique montrait un sarcome, et l'ablation fut suivie de récurrence avec tuméfaction de l'amygdale malade.

OBSERVATION XX

BURGER — *Cancer pédiculé du larynx*. (*Nederl. Tijdschrift voor Geneesk.*, 1921, p. 511). (Résumé.)

Le malade, âgé de 72 ans, vient pour une gêne de déglutition datant de 3 semaines. A l'examen on trouve une tumeur de volume d'une noix, ronde, lisse et très mobile ; son pédicule s'insère sur le repli aryéno-épiglottique droit, qui, lui, est d'apparence normale. Le diagnostic est celui d'un fibrome. Ablation 8 jours plus tard, après thyrotomie, à l'aide d'un serre-nœud. L'examen histologique montre un épithéliome atypique (carcinome) ; les boyaux épithéliomateux sont entourés d'un strome fibreux ; le pédicule est recouvert d'un épithéliome pavimenteux stratifié.

Huit mois après, récurrence sur place sous forme d'une tuméfaction de volume d'une petite noix, siégeant sur le repli aryéno-épiglottique gauche. Adénopathie sous-sterno-mastoïdienne du côté droit.

OBSERVATION XXI

HEINDL. — *Papillome malin de la base de la langue*. (Société viennoise de Laryngologie 1-II-1932, in *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1922, p. 582).

Il s'agit d'un malade porteur d'une tumeur de volume d'un œuf de poule, pédiculée, bosselée, à surface grisâtre, bour-

geonnante ; le néoplasme est fixé dans la fossette glosso-épiglottique gauche, repoussant à droite l'épiglotte et masquant la partie gauche du larynx ; la mobilité de l'hémilarynx droit est normale. La tumeur envoie un prolongement vers le sinus piriforme gauche, mais elle est libre d'adhérences. La voix est normale, pas de dyspepsie ; le malade, âgé de 50 ans, accuse seulement de légers troubles de déglutition depuis 6 mois. Pas d'adénopathie. Examen histologique : épithélioma pavimenteux.

OBSERVATION XXII

DAHMANN. — *Un cas rare de carcinome du larynx* (in *Zeitschrift für Laryngologie*, Leipzig, 1923, p. 102). (Résumé.)

Il s'agissait d'un malade de 58 ans qui ressentait une gêne à la déglutition depuis 6 semaines, avec un peu de dyspepsie et de douleurs intermittentes irradiant vers l'oreille. L'état général du malade est excellent ; à l'examen on trouve une tumeur de volume d'une noix, pédiculée et très mobile, à surface lisse, non ulcérée, de couleur rougeâtre, de consistance ferme. Le pédicule semble s'attacher à la région ary-ténoïdienne droite. On fait le diagnostic de fibrome, mais le malade présente une tuméfaction ganglionnaire du cou du côté droit, tuméfaction dont les limites sont difficilement perceptibles à cause d'un pannicule adipeux abondant. Une biopsie montre qu'il s'agit d'une épithéliome pavimenteux spino-cellulaire. La tumeur fut enlevée à la laryngoscopie directe quelques jours après et on s'aperçut alors que le pédicule, très étroit, siégeait sur le ligament ary-épiglottique droit (bord supérieur, partie moyenne) ; le larynx était absolument normal, il existait seulement un léger œdème du ligament ary-épiglottique droit. Dix jours après : curage ganglionnaire ; résection de la jugulaire adhérente aux ganglions ; la carotide adhérait un peu, mais elle fut laissée en place, à cause de l'âge du malade.

Un mois après, il existe un petit bourgeon à la place du pédicule ; l'examen histologique après l'ablation confirme le diagnostic d'épithéliome spino-cellulaire. Quinze jours après, larynx normal. Le malade est soumis à la roëntgénéthérapie.

OBSERVATION XXIII

LINCK. — *Sarcome pendulé de l'amygdale* (Société allemande d'Oto-Rhino-Laryngologie, 3^e réunion annuelle, Kissingen, mai 1923 ; in *Annales des maladies de l'oreille*, 1924, p. 88), et *Zeitschrift für Hals, Nasen und Ohrenheilkunde*, t. VI, p. 392.

La tumeur s'était développée chez un homme de 35 ans assez rapidement ; en l'espace de 6 semaines, elle avait le volume d'une noisette et pendait par un pédicule de 2 à 3 cm. du pôle inférieur de l'amygdale gauche ; on a procédé de suite à l'extirpation totale de l'amygdale. Examen histologique : sarcome polymorphe à cellules géantes. Le diagnostic primitif était celui d'un fibrome ou d'un lymphome.

OBSERVATION XXIV

REVERCHON et DELATER. — *Sarcome pédiculé du larynx* (*Bull. Société de laryngologie de Paris*, t. XLIII, 16 mars 1924). (Résumé in *Annales des maladies de l'oreille*, 1924, p. 714.)

Implantée à la face antérieure de la région sous-glottique, la tumeur forme un unique bourgeon à pédicule allongé. Au cours d'un effort de toux, le bourgeon passe à travers la glotte et son pédicule est sectionné par la contraction des cordes vocales. La tumeur s'est reproduite trois fois et a été expulsée partiellement dans les mêmes conditions. Le cycle de l'évolution étant de 15 jours à trois semaines. L'analyse histologique a montré un sarcome d'un type un peu particu-

lier. En cours de traitement par roentgenothérapie profonde après trachéotomie.

OBSERVATION XXV

WORMS et GRANDCLAUDE. — *Sarcome du larynx. (Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1925, p. 120).*

Malade de 71 ans, vu la première fois en mai 1923, pour raucité de la voix. L'examen révèle au niveau de la région sous-glottique, immédiatement au-dessous de la commissure antérieure, une petite saillie bourgeonnante, des dimensions d'une noisette, de couleur rouge-jaune.

Une réaction Wassermann étant reconnue positive, un traitement spécifique est immédiatement institué. On s'apprête à pratiquer une biopsie de la néoformation : quand, dans un effort de toux, le malade expulse la tumeur ; après quoi, il n'est plus possible d'en distinguer même le point d'implantation.

Mais on assiste dans les jours suivants à une prolifération nouvelle, qui, en moins de deux semaines, aboutit à la formation d'une excroissance sous-glottique, présentant sensiblement les mêmes caractères que précédemment.

On se propose de l'enlever, mais, avant que le projet soit mis à l'exécution, la tumeur est encore une fois expulsée spontanément, comme si son pédicule avait été guillotiné entre les deux cordes vocales le pressant violemment au cours d'un effort de toux.

La récurrence n'est pas longue à apparaître ; en un mois, elle a pris des proportions considérables, atteignant cette fois le volume d'une grosse noix.

La tumeur est alors extirpée après laryngofissure. Sa surface d'implantation, assez étroite, est située à la partie extérieure du larynx, immédiatement au-dessous de la commissure antérieure. Large résection de ce point d'attache, suivie d'électrocoagulation.

Deux mois après, nouvelle récurrence, *in situ* ; cette fois, la lésion s'est étalée, envahissant la corde vocale droite et se développant vers le vestibule. Nouvelle extirpation par la fente de laryngostomie et roënsgenthérapie profonde (3 séries de 10 séances). Durant toute cette évolution, on ne note aucune adénopathie cervicale, aucun retentissement sur l'état général.

La récurrence continue à se faire au même point.

Deux ans après le début apparent du néoplasme, le malade, qui a refusé la laryngectomie, vit toujours, mais présente des signes de cachexie. La tumeur a pris, dans les derniers temps une marche rapide. Elle forme une masse énorme, obstruant complètement la glotte, comblant tout l'aditus et surgissant même derrière la base de la langue... Les rayons n'ont paru exercer qu'une action très précaire sur le développement de cette tumeur. Tout au plus ont-ils entraîné une sorte de nécrose du tissu néoplasique extériorisé et son élimination partielle.

Examen histologique. — L'une des biopsies pratiquées a montré... dans la profondeur, des cellules fusiformes de dimensions diverses ; certaines, petites, avec un noyau ovoïde ; d'autres, plus grosses, riches en protoplasma et présentant un gros noyau parfois en voie de mitose. Ces cellules sont disposées en faisceaux parallèles et tourbillonnants. A côté de ces éléments on note, çà et là, de grosses cellules irrégulières dans leur forme, à protoplasma acidophile, avec un noyau sombre, très riche en chromatine, hypertrophié, bourgeonnant, parfois double dans une même cellule. La trame collagène est grêle, parcourue de nombreux capillaires et trouée de lacunes sanguines. A mesure que l'on arrive dans les parties les plus superficielles du fragment... les éléments néoplasiques dégénèrent... et ils apparaissent des cellules inflammatoires polymielées. La surface du fragment est recouverte d'une zone de nécrose...

OBSERVATION XXVI

A. QUIRIN. — *Epithélio-myosarcome de la région amygdalienne.* (*Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, séance du 16 novembre 1925, p. 474).

« ... Il y a une dizaine de mois, un malade vint nous consulter pour une tumeur qui le gênait autant pour manger que pour respirer. Il faisait remonter l'apparition de cette gêne à environ six semaines. Au moment où il vint nous trouver, il avait de fréquents étouffements. Le malade, âgé de 46 ans, manifestement éthylique avait un assez bon état général ; au premier examen, très difficile d'ailleurs, en raison de violents réflexes, on trouva une tumeur légèrement arrondie de la taille d'un gros marron, ulcérée sur toute sa surface et obstruant presque complètement le pharynx. Le point d'implantation paraissait être l'amygdale gauche. Aucune trace de leucoplasie, pas de ganglions. Après quelques jours de bromuration, notre Maître, M. Baldenweck, fit l'ablation à l'anse froide, sous anesthésie locale à la cocaïne au 10°. La tumeur tomba facilement, présentant dans l'anse serrée un *pédicule* très court dont l'attache rompue se localisait exactement entre l'amygdale et la face interne du pilier antérieur.

Les suites opératoires furent normales ; au bout de quelques jours, la plaie était cicatrisée ; mais après connaissance du résultat histologique, on soumit par prudence le malade à un traitement aux rayons X. Dans le service de M. Deslerne, le Dr David de Prades fit en neuf séances sur trois champs une application de radiothérapie profonde de 2.500 R. chaque fois.

Actuellement, c'est-à-dire plus de 10 mois après l'ablation de la tumeur, on ne constate qu'une légère lichénification de la peau avec rougeur. Du côté de l'amygdale, il n'y a rien de suspect : ni induration ni rétraction cicatricielle.

La pièce extirpée fut aussitôt fixée au liquide de Bouin, incluse à la paraffine et examinée en coupes sérieées.

L'élément *sarcomateux*, à vrai dire, la tumeur tout entière est constituée par un amas de cellules tantôt fusiformes, tantôt globuleuses, s'orientant soit en faisceaux, soit en tourbillons, comme dans le sarcome fibroblastique. Leur protoplasme est acidophile, à fibrillation longitudinale, les noyaux, à situation axiale, sont hyperchromatiques, ronds ou ovaires, souvent bourgeonnants, à chromatine rubannée. Un grand nombre de cellules sont gigantesques, multinuclées, contenant parfois plus d'une dizaine de noyaux ; myoblastes atypiques rappelant les formes dégénératives de certaines myosites. Cette atypie cellulaire se retrouve plus évidente encore dans l'activité reproductrice. Les mitoses sont fréquemment pluripolaires. Les cellules sont séparées les unes des autres par des fibres collagènes... Le réseau vasculaire est édifié par la tumeur même ; très nombreux à la périphérie, au point de former par endroits de petits dots angiomateux, les vaisseaux n'ont aucun paroi propre, cette dernière étant constituée par des éléments sarcomateux fusiformes plus ou moins déformés.

Le sarcome est recouvert sur tout son pourtour d'une couche de tissu inflammatoire chronique. Au niveau du *hile* seul persiste un peu d'épithélium pavimenteux stratifié. C'est ici le point particulièrement intéressant de la tumeur. Cet épithélium prolifère à la façon d'un *épithélioma* épidermoïde. On aperçoit nettement le point de rupture de l'équilibre cellulaire, l'endroit où les cellules pavimenteuses se transforment d'abord en lésion purement *irritative*, puis en lésion *néoplasique*. Observée dans une coupe au hasard, l'existence de cet épithélioma pourrait paraître plus que discutable, mais les coupes sériées nous ont permis de découvrir des signes manifestes de dégénérescence cancéreuse dans toute l'épaisseur de la tumeur. En huit points examinés de 3 mm. en 3 mm., on voit, en effet, la transformation néoplasique de l'épithélium et l'envahissement du tissu sarcomateux par des cellules parakératosiques s'essaimant en profondeur.

Cette lésion cancéreuse est évidemment *encore jeune* ; prise au début, elle ne peut encore fournir de métastases ganglionnaires... Nous pensons... que le sarcome représente la tumeur primitive et que l'épithélioma secondaire est le résultat d'un processus irritatif. Cette interprétation nous permet d'expliquer ainsi le développement de cette tumeur double : Originellement, la tumeur, ne comprenant que l'élément sarcomateux, était enchâssé dans la capsule amygdalienne ou dans le tissu de pilier antérieur... Grossissant de plus en plus, elle finit par distendre et par faire éclater l'épithélium traumatisé, puis ulcéré, et par devenir exubérante, au point de déborder son point d'insertion, comme un chou-fleur sa tige. Seuls à l'endroit du pédicule ont subsisté des vestiges d'épithélium qui, par un pur phénomène d'irritation répétée (frottements, tiraillements), ont subi une dégénérescence cancéreuse... Il existe d'ailleurs des exemples qui corroborent cette hypothèse, développement d'un papillome sur une diphtérie traînante, naissance d'un papillome à croissance rapide sur une brûlure d'un doigt, faits publiés ou observés par nous antérieurement. »

OBSERVATION XXVII

L. LEROUX et R. CAUSSÉ. — *Volumineuse tumeur du larynx*. (Société de Laryngologie des hôpitaux de Paris, 8 déc. 1926, in *Annales des maladies de l'oreille*, 1927, p. 531).

« Le malade est âgé de 56 ans. Depuis 3 mois à peine, il a remarqué l'apparition d'une très légère dysphonie, parfois accompagnée d'un peu de dyspsie nocturne et, plus récemment, d'une gêne de la déglutition de plus en plus accentuée, à tel point que l'alimentation solide était devenue à peu près impossible.

A l'examen on était frappé du caractère très particulier de la voix, donnant l'impression d'un corps étranger fixé dans le pharynx. Au miroir on apercevait immédiatement

une tumeur du volume d'une grosse noix, couchée sur l'orifice laryngé, dans la cavité de l'épiglotte, et marquant totalement les aryénoïdes aussi bien que la fente glottique. Pendant la phonation la tumeur était soulevée au-dessus du larynx, sans toutefois démasquer les plans sous-jacents. On avait l'impression qu'elle était pédiculée, mais il était impossible de préciser dans quelle région se trouvait le point d'implantation. La tumeur était parfaitement lisse et régulière, quelques vaisseaux dilatés en parcouraient la surface. La palpation ne révélait aucun ganglion et l'examen général était absolument négatif... Le siège de la tumeur, à l'entrée même du larynx, sa mobilité apparente et sa pédiculisation probable permettait d'espérer une ablation aisée et totale, en utilisant la laryngoscopie directe, c'est ce dernier procédé qui a été choisi. Les premières manœuvres d'anesthésie déterminèrent un spasme glottique intense qui nécessita une trachéotomie d'urgence. Mais cette trachéotomie faite, il fut extrêmement facile de pratiquer l'ablation. Après la mise en place du laryngoscope de Claoué, on saisit la tumeur avec une pince à griffes à longues branches, et l'on glisse un serre-nœud à amygdale que l'on descend aussi bas que possible. L'ablation a été totale. Seule une petite ulcération disparue aujourd'hui indiquait le point d'implantation de la tumeur, sur le repli aryéno-épiglottique droit, à peu près au milieu de celui-ci. La tumeur pesait 20 grammes. Les suites opératoires ont été très simples... et il n'y a actuellement aucune apparence de récurrence.

Examen anatomo-pathologique : Dans les différents fragments examinés on retrouve la même structure. La tumeur est constituée par l'intrication de deux tissus : l'un d'aspect épithélial glandulaire, l'autre de nature nettement conjonctive.

Le tissu de morphologie épithéliale se présente sous la forme de tubes glandulaires orientés en tous sens, parfois ramifiés et anastomosés. Ces tubes ont une lumière le plus

souvent réelle, limitée par une seule ou parfois deux assises de cellules cubiques à limites peu nettes, à noyau ovoïde, clair, réticulé et pourvu de plusieurs nucléoles ; ces formations de type épithélial sont séparées du tissu conjonctif par une vitrée nette. Leurs éléments sont tous réguliers de forme et de taille, les mitoses sont peu nombreuses. Rien ne permet d'affirmer qu'il s'agisse de formations malignes.

Le tissu conjonctif, qui constitue le second élément de la tumeur remplit tous les interstices. Les cellules conjonctivales sont fusiformes, leur noyau très basophile est finement réticulé et présente 2 à 3 nucléoles. Ces éléments sont groupés en faisceaux entrecroisés en tous sens. Les mitoses sont peu nombreuses. La forme des cellules, l'architecture fasciculée, font penser à un fibrome jeune ou à un sarcome fuso-cellulaire.

La tumeur semble avoir eu une évolution extrêmement rapide, aux dires du malade. Le professeur Masson, auquel les préparations ont été communiquées, nous a signalé la ressemblance morphologique entre cette tumeur et celle décrite par Lejars et Rubens-Duval sous le nom d'endothéliome synovial, tumeur du genou qui présente une évolution maligne. »

OBSERVATION XXVIII

J. MORDRET (du Mans). — *Tumeur pédiculée du pharynx*. (Société de laryngologie des hôpitaux de Paris, séance du 18 mai 1931, in *Annales des maladies de l'oreille*, etc., 1931, p. 889).

« M. B..., d'Evaillé, vient le 15 mars 1931 à la consultation du Dr Morizot.

Le malade consulte pour les vomissements répétés, survenant chaque jour en fin de l'après-midi. L'interrogatoire fait préciser les caractères des vomissements : ils surviennent chaque fois, contiennent des eaux grasses », dit le

malade, et des matières filantes qu'il faut arracher au doigt. Ils ont surtout cette particularité qu'ils extériorisent une « boule » de chair. Intrigué par ces renseignements, le D^r Morizot demande à voir. Ce sera facile, et si le malade est dans l'impossibilité de suite, la tumeur curieuse dont il révèle l'existence, il attendra le prochain vomissement et, avant de ravalier sa tumeur, il viendra la montrer à son médecin.

Le soir même, il revient à la consultation, et le D^r Morizot peut examiner librement, palper la consistance ferme et rénitente, d'une tumeur allongée qui pend en dehors des lèvres. Elle est solidement fixée au pharynx par un long pédicule, lequel à la traction disparaît en arrière du pilier postérieur.

C'est ainsi qu'il m'a été donné d'examiner ce malade.

L'interrogatoire du malade apprend que la tumeur pharyngée existait à la naissance, que le D^r Magnan, à qui les parents avaient fait voir l'enfant (il y a 28 ans) diagnostiqua un petit papillome.

Dans l'enfance, la tumeur était mobile dans le pharynx et venait souvent se promener dans la cavité buccale, gênant la mastication, se tuméfiant par morsure accidentelle, devenant gênante ; aussi les parents laissaient-ils l'enfant « avaler à nouveau sa tumeur », qui reprenait sa place habituelle le long des gouttières pharyngées où elle était parfaitement tolérée.

Durant l'adolescence, le pédicule s'était allongé ; la tumeur vint habiter l'hypopharynx, y pendant en battant de cloche ; elle y donna surtout des troubles respiratoires. La course, les jeux violents étaient redoutés du malade qui était pris de crises de suffocation ; le sommeil, au contraire, n'était jamais troublé.

Le pédicule continuant à s'allonger, l'extrémité mobile de la tumeur vint se loger dans le cul-de-sac de l'hypopharynx, et y fut pendant de longues années parfaitement tolérée. Le malade put jusqu'à l'âge de 24 ans faire son service mili-

taire, se livrer aux durs travaux des champs, sans être incommodé par la présence de la tumeur pharyngée.

Il y a 4 ans, les premiers troubles digestifs ont fait leur apparition, pour en arriver à réaliser le syndrome œsophagien qui amena le malade à consulter.

L'examen du pharynx le montre symétrique, mais en arrière du pilier postérieur gauche, on aperçoit un cordon blanc rosé qui descend dans l'hypopharynx. La rhinoscopie postérieure permet de découvrir le cavum, qui très librement inspecté, ne montre aucune trace de passage du pédicule. Le relevé du voile permet un examen très complet et très précis du cavum. On y découvre au toit un petit paquet de végétations adénoïdes, mais aucune trace de passage du pédicule. Celui-ci est bien inséré sur le voile, et ses racines font corps avec le pilier postérieur et disparaissent dans la région sus-amygdalienne.

La tumeur, grâce à la cocaïne, peut être extériorisée facilement. Un catgut est passé à la racine du pédicule et solidement fixé par un nœud de Pauchet. Section et galvano sur la tranche. Suites opératoires normales.

L'examen microscopique fait constater une tumeur pédiculée d'une longueur de 12 cm., l'extrémité inférieure de la tumeur est lobée ; une masse ovoïde et lisse de 2 cm., une masse principale formant battant de cloche, d'une largeur de 2 cm. 1/2, dont l'extrémité inférieure semble en voie de s'ulcérer.

Un fragment envoyé à l'histologiste, le D^r Beauchef, a montré :

« Les coupes montrent un tissu formé d'un revêtement épithélial stratifié recouvrant un chorion, présentant une abondante infiltration lymphocyto-plasmocytaire en nappe, et sous le chorion une couche du tissu grasseux renfermant des vaisseaux adultes et des glandes du type sudoripare.

« L'épithélium de revêtement est formé de cellules disposées sur cinq à six épaisseurs, et semble hyperplasique avec des bourgeons interpapillaires exubérants. Il présente

des signes d'inflammation consistant en une infiltration intercellulaire à polymicléaires, et là, la formation de petites cavités kystiques, véritables bulles renfermant des produits de désintégration, et situées tantôt au milieu des assises cellulaires, tantôt tout à fait en surface, et dans ce cas, bordées d'une unique couche de cellules aplaties.

« Sa couche bacillaire montre quelques *cellules pigmentaires* en voie de libération mais faisant encore partie de cette couche. Dans ce cas le protoplasme est uniformément teinté par le pigment.

« Dans le *chorion*, qui est le siège d'une infiltration lympho-plasmocytaire, avec amas de travées conjonctives, on retrouve des *cellules pigmentaires*. Le pigment y est disposé sous la forme de grains intra-protoplasmiques, et aussi de grains libres. A noter que parmi les cellules conjonctives nettement identifiables comme telles, il en est également imprégnées par le *pigment* et que celui-ci se retrouve aussi *libre* entre elles.

« *Le tissu graisseux*, sous-jacent ne présente aucune particularité intéressante et les éléments glandulaires n'y renferment pas de sécrétion colorable par le mucicarmin.

« *En résumé* : épithélium de revêtement renfermant des *cellules naeviques*, avec migration de cellules naeviques dans le chorion. Je ne trouve pas dans cet ensemble les caractéristiques d'une tumeur maligne, cependant on *ne saurait être absolument affirmatif* ; il arrive, en effet, de trouver les ganglions anormaux, avec des tumeurs primitives propres microscopiques, et présentant des signes de malignité *très atténués*. »

OBSERVATION XXIX

SARGNON et HEITZ. — *Tumeur maligne pédiculée de la base de la langue*. (Société nationale de médecine et de Sciences médicales de Lyon, séance du 25 mai 1932 ; in *Lyon médical*, 1932, p. 211).

« ... Cet homme (malade de 75 ans), a été envoyé à la consultation du Centre anticancéreux le 24 avril 1932 pour les

troubles de la déglutition déjà assez anciens, mais qui avaient notablement augmenté dans les derniers mois. Il est difficile de faire préciser au malade le début de ces accidents, mais il compare ceux-ci à la sensation d'un noyau arrêté au fond de la gorge et gênant les mouvements de déglutition.

Il n'existe pas de véritable douleurs, le malade n'a jamais eu d'hémorragies et son état général semble peu atteint. On note seulement un peu d'amaigrissement depuis six mois environ.

L'examen de la cavité buccale permet de voir et de sentir une tumeur de volume d'une grosse noix, irrégulière, non ulcérée, fixée sur la base de la langue du côté droit, mais au voisinage de la ligne médiane. Cette tumeur n'était pas d'une consistance très dure, et ce qui surprenait, c'était sa grande mobilité, car elle était implantée sur la langue par un pédicule mince qui n'avait pas plus d'un centimètre de diamètre.

Le reste de la langue est souple, la tumeur n'adhère nullement aux parties voisines. On ne note rien d'anormal par ailleurs dans la cavité buccale, l'examen laryngoscopique est négatif.

Une biopsie fut immédiatement pratiquée et l'examen histologique (D^r Croizat) montra qu'il s'agissait d'un épithélioma baso-cellulaire, formé de graves travées néoplasiques à cellules basophiles, contenant peu de mitoses. Stroma fibreux assez développé.

Le malade ne présentait aucun adénopathie cervicale perceptible, mais cependant, en prévision de l'ablation de la tumeur et dans la crainte de laisser échapper des ganglions envahis par le néoplasme, M. Heitz fit, le 4 mai 1932, sous anesthésie locale, la ligature de ses deux carotides externes, mais ne trouva aucun élément ganglionnaire suspect dans la région carotidienne.

Le 10 mai, le D^r Sargnon pratiqua l'ablation de la tumeur linguale, par simple torsion du pédicule. Il subsistait seu-

lement une ulcération indurée sur la base de la langue, à droite de l'épiglotte, au niveau de l'implantation du pédicule de la tumeur enlevée.

On termina le traitement en détruisant quelques jours après, par l'électro-coagulation, cette zone indurée, en dépassant de un centimètre environ tout le pourtour de la zone suspecte.

L'examen histologique de la tumeur fut confiée au Dr Croizat et confirma le résultat de la biopsie. « Les lobules néoplasiques, séparés par un stroma fibreux et des portions nécrotiques, sont constitués par des éléments à protoplasme réduit de réaction basophile ; les mitoses et les divisions cellulaires ne sont pas très fréquentes.

« En somme, épithélioma baso-cellulaire dont quelques parties affectent une disposition cylindromateuse. »

... Cette tumeur pédiculée, de consistance relativement souple, ne reposant pas sur une zone très indurée, ne s'accompagnant pas d'adénopathie cervicale, faisait penser à une tumeur bénigne, à une production papillomateuse par exemple. Peut-être s'agit-il bien d'un *papillome* qui a subi une *dégénérescence maligne* à un moment donné ; les légers troubles de la déglutition accusés par le malade, remontant à plus d'une année, pourraient plaider en faveur de cette interprétation. »

OBSERVATION XXX

COLLEDGE et PEACOCK. — (*The Journal of Laryngology and Otology*, mars 1932, p. 161). (*An analysis of 126 cases of malignant disease of the upper air passages treated during a period of ten years*) 1921-1930.

Les auteurs citent parmi les 48 cas de tumeurs malignes extrinsèques du larynx, un cas (n° 86) de tumeur pédonculée naissant du repli aryéno-épiglottique gauche, chez un homme de 66 ans ; cette tumeur, qui était un carcinome

spino-cellulaire, a été enlevée par la pharyngotomie latérale et fut suivie de métastase dans le thorax deux ans plus tard.

OBSERVATION XXXI

MULLER. — *Deux cas de polypes malins de l'amygdale.*
(*Revue médicale de l'Est*, 1932, p. 634).

Observation. — M. B..., 60 ans. Vient consulter parce qu'il éprouve, depuis trois semaines environ, une légère gêne à la déglutition. C'est un sujet robuste, qui n'a jamais été malade, fumeur moyen, non buveur. Sur l'amygdale droite, au niveau du tiers inférieur de la face antérieure, on aperçoit une masse d'aspect papillomateux, du volume d'une petite noisette, de coloration blanc grisâtre. Cette tumeur, à demi pédiculée, à implantation assez large, mobile par rapport à l'amygdale, ne saigne pas au contact du stylet. Il n'y a pas d'adénopathie. Après anesthésie locale, la tumeur est enlevée en totalité au serre-nœud, quelques coups de pince emporte-pièce resèquent largement toute la zone amygdalienne voisine du point d'implantation : il semble d'ailleurs qu'il s'agit là de tissu amygdalien normal et l'acte opératoire est peu sanglant.

L'examen histologique pratiqué montra qu'il s'agit d'un épithélioma sous forme de travées irrégulières de cellules fusiformes sans limitante externe, en mitose fréquente, au sein du tissu conjonctif peu vascularisé.

Comme convenu, le malade vient me revoir 15 jours après, mais surtout parce qu'il souffre d'un furoncle de l'aile du nez. La gorge est en bon état, tout est parfaitement rentré dans l'ordre, presque sans cicatrice visible. Je lui communique le résultat de l'examen histologique et lui conseille un traitement par le radium qu'il refuse catégoriquement... Je fais promettre au malade de revenir dans un mois, mais en fait je ne le revois que trois mois après il vient alors me montrer une glande apparue depuis 15 jours, qui grossit

rapidement, et qui, depuis quelques jours, occasionne des douleurs dans l'oreille. Il s'agit d'une adénopathie sous-angulo-maxillaire, grosse comme une noix, de dureté ligneuse, sensible à la pression. Elle est fortement adhérente en profondeur... ; l'arrière-gorge est absolument nette... On fait un traitement intensif par la radiothérapie profonde... Au bout de 15 jours, la glande a diminué de moitié... l'otalgie a disparu. Le mieux ne dure pas ; un mois plus tard, l'adénopathie a considérablement augmenté... elle détermine une otalgie atroce... L'état général s'altère, la cachexie cancéreuse débute...

Le malade est mort un mois après, c'est-à-dire six mois environ après le début.

OBSERVATION XXXII

MULLER. — *Deux cas de polypes malins de l'amygdale (locogitato).*

Observation. — M. M., 54 ans environ. Vient consulter parce que depuis une violente quinte de toux, il éprouve une petite douleur à la déglutition, il craint « de s'être déchiré quelque chose dans la gorge ». Au niveau du pôle supérieur de l'amygdale gauche, on aperçoit une masse d'aspect framboisé, du volume d'un pois, appendue à un pédicule assez mince, long de près d'un centimètre. Cette petite tumeur se mobilise facilement et saigne un peu au contact du styilet. Par ailleurs, l'amygdale semble normale. Pas de réaction ganglionnaire, bon état général. L'ablation au serre-nœud, pratiquée de suite, s'accompagne d'un saignement assez prononcé qui nécessite la cautérisation par le courant galvanique au rouge sombre. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une tumeur vasculaire renfermant quelques boyaux épithéliaux, sans tendance à la différenciation épithémoïde, avec mitoses peu abondantes, en somme, épithélioma à extension plutôt modérée. Le malade, dont le père

était mort d'un cancer rectal, accepte facilement d'être dirigé sur un centre anticancéreux ; on y pratique l'ablation du pôle supérieur de l'amygdale, puis application d'un collier de radium. Je le revois 3 semaines après, la cicatrisation de cette amygdalectomie partielle s'est réalisée. La gorge est en bon état, le malade ne se plaint que de douleurs assez vives dans la mâchoire, qui semblent être la conséquence de l'irradiation. De fait, un mois après, il ne souffre plus. Depuis 8 mois, je le revois périodiquement. Il va bien, mais il est encore difficile de le considérer comme définitivement guéri.

OBSERVATION XXXIII

Epithélioma baso-cellulaire de l'aryténoïde. (Observation inédite, due à l'obligeance de M. le D^r Huët, prise dans son service à l'Institut du Cancer, à Villejuif).

M. R., Auguste, 72 ans, caoutchoutier, vient consulter le 22 octobre 1932 parce que depuis 6 mois il présente une gêne à la déglutition. Parfois il lui est absolument impossible de déglutir pendant plusieurs minutes. Ces accès de dysphagie cèdent parfois pendant plusieurs jours, puis se reproduisent. Fréquemment aussi il présente des quintes de toux, les aliments s'engageant dans le larynx. Tous ces symptômes remontent à 6 mois, mais le malade ressentait une gêne depuis 3 ans. A plusieurs reprises il a présenté des crachats mêlés d'un peu de sang, rosés. Enfin, il y a un mois, brusquement il a présenté un affaiblissement de la voix, qui s'est couverte.

Le malade a maigri depuis 6 mois, il tousse et crache beaucoup et se sent fatigué.

Examen de la gorge négatif, pas de tumeur ni d'ulcération visibles cliniquement. L'auscultation montre dans l'aire des deux champs pulmonaires de gros râles de bronchite. Cœur irrégulier, nombreux extrasystoles, clangor ; tension arté-

rielle 23-13 au Vaquez. Pupilles réagissent à la lumière. Antécédents : mère morte d'une cardiopathie, père d'une affection inconnue. Un frère mort d'un néoplasme de la langue ou de la lèvre à 55 ans. Pas d'enfants.

Le 26 octobre 1932 (examen du D^r Huët) : à l'orifice supérieur du larynx et en cachant la lumière, une tumeur de grosseur d'une noix, irrégulièrement mamelonnée, recouverte d'une muqueuse d'apparence normale, non ulcérée. La tumeur est pédiculée, le pédicule semblant s'attacher sur l'aryténoïde et le repli ary-épiglottique gauche. Il n'y a pas d'adénopathie.

Le 28 octobre 1932 : biopsie large pratiquée au serre-nœud diathermique en laryngoscopie directe. Après l'ablation on voit que la base d'implantation de la tumeur s'étend sur les deux versants de l'aryténoïde gauche ; l'hémilarynx gauche est peu mobile. Coagulation diathermique de la base d'implantation.

Le 9 novembre : aspect propre de la région ; infiltration diminuée ; hémilarynx gauche plus mobile.

Réponse du laboratoire (D^r Perrot) : épithélioma intermédiaire à tendance baso-cellulaire ; très nombreuses mitoses, très nombreuses et volumineuses monstruosité cellulaires ; stroma irrégulier, en dehors de quelques anneaux de sclérose, il se montre lâche et dissocié. Infiltration mononucléaire peu abondante.

Le 19 novembre : examen du sang : Bordet-Wasserman négatif ; urée, 0 gr. 40 ; albumine, 93 gr. 54. Urine : sucre et albumine absents.

Une application de radium est faite le 17 novembre : côté gauche : appareil externe avec un foyer de 30 mg. Ra vis-à-vis du larynx, 3 foyers de 10 mg. Ra en quinconce sur les lymphatiques cervicaux. Côté droit : un foyer de 30 mg. de Ra vis-à-vis du larynx. Durée d'application : 9 jours.

Le 29 novembre : le malade quitte le service, amélioré fonctionnellement.

Le 1^{er} février 1933 : les deux cordes vocales sont mobiles, aucune ulcération visible : il persiste seulement un peu d'œdème au sommet de l'aryténoïde gauche. Bon état local.

Le 1^{er} mars 1933 : diminution de l'œdème de l'aryténoïde gauche.

Le 5 avril : excellent état.

Le 31 mai : on remarque sur l'aryténoïde gauche, au niveau de son versant pharyngien, un petit bourgeon irrégulier et saignant au porte-coton. On demande une nouvelle application de radium en accord avec le D^r Wickham.

Le 1^{er} juin : application de surface à gauche : 5 foyers de 40 mg. de Ra à 6 cm. en regard de l'aryténoïde et péri-lymphatique. Durée : 9 jours.

Le 14 juin : léger œdème de l'aryténoïde et du repli ary-épiglottique gauche. On ne voit plus le bourgeon signalé au dernier examen.

Le 15 juin : application de radium à droite : 7 foyers de 20 mg. de Ra à 5 cm. Durée : 8 jours.

Le 2 juillet : bon état local.

Le 30 août : parfait état local avec mobilité de la corde gauche. Le sommet de l'aryténoïde reste un peu plus volumineux que le droit.

Le 4 octobre : larynx normal ; aryténoïde gauche un peu plus volumineux.

Le 27 janvier 1934 : larynx normal ; aryténoïde gauche un peu plus volumineux.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs malignes pédiculées de l'isthme du gosier, de hypopharynx et du larynx sont assez rares mais non exceptionnelles ; nous en avons rassemblé 33 cas ; ces tumeurs ont été peu étudiées dans leur ensemble.

2° Ces tumeurs se rencontrent en général chez les hommes ayant dépassé l'âge mûr, comme tous les cancers de ces régions ; toutefois les sarcomes se développent plus souvent chez les individus jeunes ; on ne saurait admettre sans discussion l'hypothèse de la dégénérescence des tumeurs pédiculées bénignes en tumeurs malignes, bien que dans 8 cas sur 33 recueillis par nous la question ait été posée par les auteurs.

3° Les tumeurs malignes pédiculées se localisent volontiers sur des régions à tissu sous-muqueux lâche (base de la langue, aryénoïdes) ou à plans sous-muqueux résistants (cordes vocales, sous-glotte) mais il est difficile d'y voir la raison exclusive de leur pédiculisation, la croissance des tumeurs malignes étant subordonnée aux facteurs multiples et complexes :

propriétés de croissance du tissu cancéreux, réaction du stroma, etc...

4° En ce qui concerne la variété histologique de ces tumeurs, sur la base de la langue nous avons vu 2 épithéliomes sur 1 sarcome ; au niveau de l'amygdale 5 épithéliomes pédiculés sur 2 sarcomes ; au niveau du larynx 9 épithéliomes sur 9 sarcomes. On voit donc qu'il n'y a pas que les sarcomes qui peuvent se pédiculiser ; la pédiculisation des épithéliomes est peu connue.

5° L'aspect macroscopique de ces tumeurs n'a rien de pathognomonique, et la biopsie s'impose toujours pour le diagnostic et pour le traitement.

6° Au point de vue clinique, ces tumeurs provoquent des troubles comparables aux troubles que donnent toutes les tumeurs à ce niveau, troubles variables avec la localisation ; mais l'élément mécanique y joue un rôle assez important à cause de la grande mobilité de ces tumeurs (par exemple sensation de corps étranger, chute de la tumeur extralaryngée dans la cavité du larynx d'où troubles respiratoires, expulsion des fragments tumoraux, etc..).

7° L'évolution et le pronostic de ces tumeurs malignes pédiculées est loin d'être toujours favorable, leur pédiculisation n'empêchant nullement les métastases de se produire ; elles récidivent souvent après l'ablation, surtout au niveau du pharynx et du pharyngo-larynx. Leur pronostic est toutefois plus favorable que celui des autres formes anatomo-cliniques du cancer de ces régions (formes bourgeonnante, infiltrée ou

ulcérée), surtout au niveau des points où l'exérèse est facile (cordes vocales, amygdales) ; d'autre part les tumeurs pédiculées sont vues plus précocement que les autres du fait de leur développement endocavitaire. Trois éléments jouent dans le pronostic : la variété histologique, la localisation de la tumeur et le traitement institué.

8° Le diagnostic positif est en général facile ; au contraire, le diagnostic différentiel qui se pose avec les tumeurs bénignes pédiculées des régions correspondantes, ne saurait être résolu sans examen microscopique. La biopsie, indispensable, sera pratiquée de préférence au serre-nœud diathermique et sera suivie de la diathermo-coagulation de la base du pédicule (sauf au niveau de l'endo-larynx).

9° Le traitement dépend essentiellement de la localisation de la tumeur, de l'étendue de la base, seule maligne, et du type histologique de la tumeur. Ce traitement, dont la biopsie constitue le premier acte, acte palliatif, comprendra dans le deuxième acte une vaste exérèse chirurgicale de la base d'implantation, de préférence au bistouri diathermique ; exérèse suivie au besoin d'une irradiation postopératoire ; le traitement local se ou non (selon les cas) précédé d'un traitement de l'adénopathie néoplasique.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la thèse*,
G. ROUSSY.

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ROUSSY. — *Le Cancer* (Fascicule V du *Nouveau Traité de Médecine* de ROGER, WIDAL et TEISSIER), Paris, 1929, Masson éd.
- BONNET et BULLIARD. — *La cancérisation des polypes* (*Annales d'anatomie pathologique*, Paris, 1930, p. 1.039).
- TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*, t. IV (Paris, 1905, G. Doin éd.).
- CHAMPY. — *Précis d'histologie* (Paris, 1928, Baillière et fils éd.).
- LAURENS. — *Précis d'oto-rhino-laryngologie* (Paris, 1931, Masson éd.).
- DUCUING. — *Précis de cancérologie* (Paris, 1932, Masson éd.).
- COUTARD et VALAT. — *Considérations sur le cancer de la bande et de la cavité ventriculaires du larynx* (*Annales des maladies de l'oreille, etc.*, Paris, 1927, p. 469).
- GRAND. — *Sarcome du larynx* (Thèse de Toulouse, 1896).
- BERGEAT. — *Das Sarkom des Kehlkopfes* (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, Berlin, 1895).
- COLLEDGE et PEACOCK. — *An analysis of 126 cases of malignant disease of the upper air passages treated during a period of ten years* (*The Journal of Laryngology and Otology*, 1932, p. 161).

- SAINT-CLAIR-THOMPSON. — *Cancer du larynx : importance d'une classification* (Annales des maladies de l'oreille, etc., 1922, p. 129).
- LANNOIS, LERMOYEZ, MOURE et SÉBILEAU. — *Traité pratique d'oto-rhino-laryngologie* (G. Doin éd., Paris, 1921).
- BOURGEOIS. — *Etude des tumeurs rares de la langue* (Thèse de Paris, 1927).
- BARANGER. — *Essai d'exposé synthétique des notions actuelles sur les tumeurs des amygdales palatines* (Thèse de Paris, 1925)..
- BOURGEOIS (H.). — *Volumineux granulome du larynx* (Société de laryngologie des hôpitaux de Paris, séance du 17 juin 1929).
- MÉNÉGAUX. — Thèse de Paris, 1928.
- BAUROWICZ. — *Ein gestielter Drüsenkrebs des weichen Gaumens* (Archiv für Laryngologie, Berlin, 1897).
- *Archiv für Laryngologie*, 1896.
- SCHMIEGELOW. — *Carcinome pédiculé du larynx opéré par la voie endolaryngée* (Annales des maladies de l'oreille, Paris, 1903, p. 254).
- LEVINGER. — *Tumeur maligne pédiculée de l'amygdale* (Archiv für Laryngologie, Berlin, 1906, p. 181).
- SABADINI et ABOULKER. — *Epithélioma pédiculé du pharynx ayant simulé un épithélioma du larynx. Laryngectomie et pharyngectomie* (Bulletin médical de l'Algérie, Alger, 1907, p. 757).
- MARSCHIK. — *Cancer du larynx* (Monatschrift für Ohrenheilkunde, 1909).
- GAREL. — *Cancer du larynx siégeant sur le repli aryténo-épiglottique gauche. Opération endolaryngée. Guérison* (Congrès de la Société française O.R.L., 12 mai 1909).

- MORESTIN. — *Sarcome pédiculé du pharynx. Extirpation par pharyngotomie sous-hyôïdienne* (Bull. et Mém. de la Société nationale de chirurgie de Paris, 15 mars 1911, p. 393).
- WAC WHINNIE. — *Pedunculated sarcoma and myxoma of larynx* (New-York Medical Journal, 26 octobre 1912, p. 838).
- CABOCHE (H.). — *Epithélioma pédiculé de la corde vocale droite, etc.* (Bull. et Mém. de la Soc française d'O.R.L., Congrès de 1912, p. 75).
- BOURGEOIS (H.) et DELAMARRE (A.). — *Tumeur pédiculée de l'amygdale linguale à siège intralaryngé* (Annales des mal. de l'oreille, etc., 1914-1915, p. 941).
- BROWN KELLZ. — *Carcinome pédiculé du pharynx* (The Journal of Laryngology, etc., 1920, p. 13).
- BURGER. — *Cancert pédiculé du larynx* (Nederl. Tijdschrift voor Geneesk, 1921, p. 511).
- HEINDL. — *Papillome malin de la base de la langue* (Monatschrift für Ohrenheilkunde, 1922, p. 582).
- DAHMAN. — *Un cas rare de carcinome du larynx* (Zeitschrift für Laryngologie, Leipzig, 1923, p. 102).
- LINCK. — *Sarcome pendulé de l'amygdale* (Annales des mal. de l'oreille, 1924, p. 88).
- REVERCHON et DELATER. — *Sarcome pédiculé du larynx* (Ann. des mal. de l'oreille, 1924, p. 714).
- WORMS et GRANDCLAUDE. — *Sarcome du larynx* (Bull. de la z Soc. Anat. de Paris, 1925, p. 120).
- QUIRIN. — *Epithélio-myosarcome de la région amygdalienne* (Bull. de l'Associat. française pour l'étude du cancer, 1925, p. 474).

LEROUX et CAUSSÉ. — Volumineuse tumeur du larynx (*Annales des mal. de l'oreille*, 1927, p. 531).

MORDRET. — Tumeur pédiculée du pharynx (*Annales des mal. de l'oreille*, 1931, p. 889).

HUET (P.-C.). — Des cancers latents du pharynx (*Presse médicale*, 7 juin 1933, n° 45).

SARGNON et HEITZ. — Tumeur maligne pédiculée de la base de la langue (*Lyon médical*, 1932, p. 221).

COLLEDGE et PEACOCK. — An analysis of 126 cases of malignant disease of the upper air passages treated during a period of ten years (*The Journal of Laryngology and Otology*, 1932, p. 161).

MULLER. — Deux cas des polypes malins de l'amygdale (*Revue médicale de l'Est*, 1932, p. 634).

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Aperçu d'anatomie normale	11
Etiologie	18
Anatomie pathologique	24
Etude clinique et symptomatologie	43
Evolution et pronostic	48
Diagnostic	58
Traitement	64
Observations	68
Conclusions	107
Bibliographie	110

Imp. spéciale de la Librairie L. RODSTEIN. — Paris
